



**Jugement du Tribunal administratif du 8 janvier 2018 (n° 38557 du rôle).**

**Audience publique du 8 janvier 2018**

*Recours formé par Monsieur ... et consort,*

...

*contre un règlement communal de la commune de Mondercange  
en matière d'urbanisme et aménagement du territoire*

## JUGEMENT

Vu la requête inscrite sous le numéro 38557 du rôle et déposée le 7 octobre 2016 au greffe du tribunal administratif par Maître François Moyses, avocat à la Cour, inscrit au tableau de l'Ordre des avocats à Luxembourg, au nom de Monsieur ... et de Madame ..., les deux demeurant ensemble à L-..., tendant à l'annulation du règlement communal du 8 juillet 2016 de la commune de Mondercange relatif aux habitations en colocation ;

Vu l'exploit de l'huissier de justice Gilles Hoffmann, demeurant à Luxembourg, du 12 octobre 2016, portant signification dudit recours à la commune de Mondercange, établie en sa maison communale sise à L-3919 Mondercange, rue Arthur Thinnès, représentée par son collège des bourgmestre et échevins actuellement en fonctions ;

Vu la constitution d'avocat à la Cour déposée au greffe du tribunal administratif en date du 19 octobre 2016 par Maître Steve Helminger, avocat à la Cour, inscrit au tableau de l'Ordre des avocats à Luxembourg, au nom de la commune de Mondercange, préqualifiée ;

Vu le mémoire en réponse de Maître Steve Helminger déposé au greffe du tribunal administratif le 11 janvier 2017 au nom de la commune de Mondercange, préqualifiée ;

Vu le mémoire en réplique déposé au greffe du tribunal administratif le 9 février 2017 par la société à responsabilité limitée Moyses & Bleser, inscrite au barreau de Luxembourg, établie et ayant son siège social à L-2680 Luxembourg, 10, rue de Vianden, représentée dans le cadre de la présente instance par Maître François Moyses, au nom de Monsieur ... et de Madame ..., préqualifiés ;

Vu le mémoire en duplique de Maître Steve Helminger déposé au greffe du tribunal administratif le 3 mars 2017 au nom de la commune de Mondercange, préqualifiée ;

Vu les pièces versées en cause et notamment le règlement communal attaqué ;

Le juge-rapporteur entendu en son rapport, ainsi que Maître François Moyses et Maître Steve Helminger en leurs plaidoiries respectives à l'audience publique du 27 novembre 2017 ;

Vu l'avis du tribunal du 5 décembre 2017 en cours du délibéré.

Dans sa délibération du 8 juillet 2016, le conseil communal de la commune de Mondercange, ci-après désignée par « la commune », adopta un règlement communal de la teneur suivante :

**« Article 1<sup>er</sup> :**

**Habitations en colocation**

*On entend par habitation en colocation, une chambre individuelle mise en location y compris cuisine, équipements sanitaires, buanderie et séjour à usage commun des différents colocataires. Toute chambre individuelle en location est à considérer comme unité de logement à part entière.*

*L'ensemble des habitations en colocation doit répondre à des critères de location, de salubrité, d'hygiène, d'habitabilité et de sécurité, fixés par la loi modifiée du 25 février 1979.*

*Toute transformation d'un logement existant en habitations en colocation ou toute création d'habitations en colocation doit également être conforme au Plan d'Aménagement Général et une autorisation de construire est requise préalablement à l'exécution.*

*Les prescriptions en vigueur relatives à la sécurité et à l'accessibilité pour les services de secours doi[ven]t être garantie[s] pour chaque immeuble disposant des unités de logement en colocation et l'avis des sapeurs-pompiers est contraignant.*

**Article 2**

**Dispositions finales**

*Tous les travaux et toutes les installations contraires aux dispositions du présent règlement sont interdits à partir du jour de sa publication, qui suit le vote par le conseil communal ».*

Par une requête déposée au greffe du tribunal administratif en date du 7 octobre 2016, Monsieur ... et son épouse, Madame ..., ont fait introduire un recours tendant, suivant le dispositif de la requête introductive auquel le tribunal est en principe seul tenu, principalement à l'annulation dudit règlement communal dans son intégralité et subsidiairement à l'annulation de son article 1<sup>er</sup>.

Dans la mesure où l'article 7 de la loi modifiée du 7 novembre 1996 portant organisation des juridictions administratives prévoit un recours en annulation contre un acte administratif à caractère réglementaire, un recours en annulation a valablement pu être introduit contre le règlement communal précité.

Ledit recours est encore à déclarer recevable pour avoir été introduit dans les formes et délai de la loi.

A l'appui de leur recours, les demandeurs exposent avoir notifié en date du 7 juillet 2015 et conformément à l'article 33 de la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement, ci-après désignée par « la loi du 25 février 1979 », et du règlement grand-ducal modifié du 25 février 1979 déterminant les critères de location, de salubrité ou d'hygiène auxquels doivent répondre les logements destinés à la location, ci-après désigné par « le règlement grand-ducal du 25 février 1979 », leur intention de donner leur maison sise à ... en colocation.

La commune aurait, suite à divers échanges de correspondance, le 17 novembre 2015, qualifié leur projet de changement d'affectation, que le bourgmestre ne serait pas d'accord à autoriser.

Les demandeurs affirmant que leur projet ne s'analyserait pas en un changement d'affectation, et qu'il suffirait, conformément aux dispositions précitées de la loi du 25 février 1979 et du règlement grand-ducal du 25 février 1979, de procéder à la notification du projet à la commune, tout en soulignant que leur maison serait toujours affectée à des fins de logement, et resterait, d'après eux, une maison unifamiliale d'habitation logeant des colocataires disposant chacun d'une chambre individuelle tout en partageant les espaces communs tels que les salles de bains, la buanderie, la salle de séjour, les WC séparés et la cuisine et qu'elle serait partant à qualifier de logement collectif au sens de la loi et du règlement grand-ducal précités du 25 février 1979.

Par la suite, le 21 septembre 2016, après d'autres échanges de correspondance à travers lesquels la commune se serait opposée à leur projet, celle-ci leur aurait opposé le règlement communal du 8 juillet 2016 en refusant de faire droit à leur demande.

En droit, ils concluent à l'annulation du règlement communal litigieux, premièrement, pour excès de pouvoir, deuxièmement, pour détournement de pouvoir, troisièmement, pour erreur manifeste d'appréciation, quatrièmement, pour violation de la loi, cinquièmement, pour violation de l'article 16 de la Constitution et, sixièmement, pour violation de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ci-après désignée par « la CEDH ».

Par rapport à leur moyen fondé sur un excès de pouvoir, ils se prévalent en substance d'une violation du principe de proportionnalité, tout en soulignant qu'une mesure, pour être proportionnée, devrait être objectivement nécessaire, capable à atteindre l'objectif poursuivi et qu'il ne faudrait pas y avoir de solution moins contraignante ou moins attentatoire aux libertés apte à atteindre l'objectif poursuivi. Tout acte réglementaire devrait, en effet, respecter le principe de proportionnalité et devrait reposer sur des motifs matériellement exacts et légalement admissibles. Dans ce contexte, les demandeurs critiquent les objectifs que la commune aurait, d'après eux, poursuivis en adoptant le règlement communal litigieux en sa séance du 8 juillet 2016.

Ainsi, en se référant à la délibération en relation avec l'adoption dudit règlement communal et à la vidéo de la séance en question, les demandeurs font valoir que l'objectif poursuivi consisterait à i) combler des lacunes de la législation luxembourgeoise, ii) prévenir des violations du règlement grand-ducal du 25 février 1979, iii) faire face à un problème lié au trafic et aux emplacements de stationnement, iv) éviter d'éventuelles difficultés liées à la facturation de certaines taxes et redevances communales et v) éviter la perte de certaines allocations sociales.

Par rapport au premier objectif qui aurait été avancé par la commune, qui serait basé sur le constat que la législation ne prévoirait actuellement que deux types de logements, à savoir les maisons unifamiliales et les résidences, alors qu'elle serait confrontée à des situations de colocation, c'est-à-dire la situation de plusieurs personnes n'ayant pas de liens familiaux et résidant simultanément dans une maison unifamiliale, de sorte à être obligée de définir un troisième type de logements, à savoir la colocation, les demandeurs font valoir que le règlement communal ne pourrait combler la loi, de sorte que le conseil communal aurait dépassé ses pouvoirs en s'érigeant en législateur, les demandeurs se référant à cet égard encore à l'article 28, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, ci-après désignée par « la loi communale », et soutenant qu'en prenant le règlement communal litigieux, le conseil communal aurait adopté une définition étant d'un intérêt national.

Les demandeurs exposent ensuite que, selon les débats au sein du conseil communal, la commune aurait encore été confrontée aux difficultés liées au fait qu'une maison sise à ... aurait été occupée simultanément par 19 locataires n'ayant pas de liens familiaux. Or, le conseil communal ne pourrait pas tirer d'un fait isolé une conclusion générale et adapter en vue d'éviter de telles situations pour l'avenir, une réglementation limitant la possibilité de créer des logements destinés à la colocation ou les rendant *de facto* impossibles, le conseil communal ne pouvant, en effet, selon eux, sanctionner des propriétaires d'immeubles pour des faits non liés à leur propre situation. Par ailleurs, il serait douteux que le règlement communal litigieux puisse satisfaire à l'objectif visé puisque les problèmes liés à la salubrité, l'hygiène ou éventuellement à l'ordre public ne seraient pas dus à la colocation, mais au comportement des personnes ayant vécu dans la maison en question. La motivation avancée ne respecterait partant pas l'équilibre entre l'intérêt général et la liberté de l'individu.

Quant au troisième motif invoqué en relation avec la gestion du trafic et des problèmes de stationnement, les demandeurs argumentent que l'objectif avancé ne serait pas atteint par le règlement communal en question puisqu'il motiverait les jeunes gens à amener une voiture lors de leur séjour au Luxembourg pour effectuer un stage ou des études, de manière à entraîner des problèmes de trafic encore pires. En se référant à une déclaration du bourgmestre suivant laquelle il serait impossible de demander aux propriétaires d'immeubles sis dans la Grand-rue à Luxembourg-Ville de disposer d'un parking par chambre meublée louée, les demandeurs soulèvent la question de la raison pour laquelle le conseil communal serait alors en droit de poser de telles conditions aux propriétaires ne disposant pas non plus d'un terrain suffisant pour créer des emplacements pour garer les voitures par chambre louée. Le raisonnement serait partant paradoxal et manquerait d'objectivité.

Les demandeurs réfutent ensuite le bien-fondé de la considération liée à la facturation de taxes et de redevances, en faisant valoir que les poubelles seraient utilisées par la communauté des colocataires et

que l'eau utilisée serait prise dans les lieux communs, de sorte qu'il ne serait pas nécessaire d'établir des factures individuelles, et que le recouvrement des taxes et redevances ne présenterait ainsi aucune difficulté, les propriétaires des immeubles les payant et les refacturant à leurs locataires. Le souci ainsi avancé par le conseil communal ne justifierait dès lors pas l'adoption du règlement communal litigieux.

Les demandeurs contestent encore le caractère justifié de la considération tenant à la perte d'allocations sociales, en faisant valoir que si certes les colocataires formaient une communauté, ils ne formeraient pas un ménage. Par ailleurs, ils font valoir que la définition du ménage dans le contexte des allocations sociales mentionnées relèverait de la compétence de l'Etat et non pas de celle de la commune, de sorte que cet argument dépasserait l'intérêt communal, les demandeurs se référant à l'article 28, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi communale à cet égard.

En résumé, ils font valoir que les arguments avancés par le conseil communal pour adopter le règlement communal litigieux ne seraient pas pertinents et seraient insuffisants pour satisfaire au principe de proportionnalité, le règlement communal n'étant pas le moyen adéquat pour atteindre ces objectifs, de sorte qu'il aurait été pris par excès de pouvoir.

S'agissant du second moyen, fondé sur un détournement de pouvoir en ce que le conseil communal aurait adopté le règlement communal litigieux dans un but autre que celui pour lequel ses pouvoirs lui ont été conférés, les demandeurs se réfèrent aux motifs avancés, d'après eux, par la commune pour adopter le règlement communal litigieux et repris ci-avant.

A cet égard, ils font valoir que le conseil communal aurait présenté deux arguments pour justifier le règlement communal qui feraient toutefois preuve d'un détournement de pouvoir, à savoir, d'une part, celui suivant lequel la commune entendrait s'opposer à l'enrichissement de propriétaires d'immeubles loués à des fins de colocation et, d'autre part, l'affirmation du bourgmestre que le règlement communal viserait à modifier le plan d'aménagement général, ci-après désigné par « PAG », sans toutefois attendre la fin de la procédure de l'adoption définitive prévue par la loi.

Or, la volonté de s'opposer à l'enrichissement de propriétaires d'immeubles ne pourrait constituer un motif légal pour mettre en place une réglementation communale sur les colocations, les pouvoirs du conseil communal étant alors utilisés dans un but autre que l'intérêt général.

D'autre part, en affirmant que le conseil communal viserait à modifier le PAG, la procédure prévue par la loi modifiée du 19 juillet 2004 concernant l'aménagement communal et le développement urbain, ci-après désignée par « la loi du 19 juillet 2004 », n'aurait pas été respectée, les demandeurs faisant valoir que si les autorités communales souhaitaient diminuer le trafic ou réduire le stationnement des véhicules sur la voie publique, ils devraient prendre des mesures de circulation et non pas modifier le règlement sur les bâtisses ou le PAG par détournement de leur pouvoir pour poursuivre des objectifs tout à fait étrangers à cette réglementation.

Par ailleurs, le conseil communal pourrait certes adopter des règlements s'il souhaitait faciliter la facturation des consommations d'eau, d'évacuation des ordures ménagères ou d'autres services offerts par la commune, mais il ne pourrait pas utiliser ses pouvoirs en matière d'aménagement communal et du développement urbain, dont les objectifs seraient d'assurer à la population de la commune des conditions de vie optimales par une mise en valeur harmonieuse et un développement durable de toutes les parties du territoire communal, pour affronter des difficultés de ventilation de factures et de services offerts par la commune.

S'agissant du troisième moyen invoqué, fondé sur une erreur manifeste d'appréciation, les demandeurs font valoir que le conseil communal serait allé au-delà des objectifs poursuivis et aurait utilisé ses pouvoirs en matière d'urbanisme pour affronter des problèmes étrangers au PAG. Au regard des objectifs affirmés par le conseil communal, le choix opéré dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation politique par l'adoption du règlement communal litigieux, serait entaché d'une erreur manifeste d'appréciation dans la mesure où les problèmes avancés au courant de la délibération du conseil communal du 8 juillet 2016 ne seraient pas susceptibles de recevoir une solution à travers l'application d'un règlement communal modifiant le PAG. Le conseil communal aurait partant commis une erreur manifeste d'appréciation.

Par rapport au moyen fondé sur une violation de la loi, les demandeurs font valoir que le règlement communal serait contraire au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 concernant le contenu du plan d'aménagement particulier « *quartier existant* » et du plan d'aménagement particulier « *nouveau quartier* » portant exécution du plan d'aménagement général d'une commune, ci-après désigné par « le règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 », à la loi du 25 février 1979, à la loi du 19 juillet 2004, et au règlement grand-ducal du 25 février 1979, les demandeurs se référant à cet égard à l'article 29 de la loi communale aux termes duquel « *Le conseil communal fait des règlements communaux. Les règlements ne peuvent être contraires aux lois ni aux règlements d'administration générale [...]* ».

Le règlement communal litigieux serait ainsi contraire au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 et plus particulièrement à la définition de logement contenue dans son annexe II, puisque son application signifierait que pour chaque unité telle que nouvellement définie par le règlement communal, donc pour chaque chambre, - une chambre formant une unité d'après ledit règlement -, il faudrait au moins une pièce de séjour, une niche de cuisine et une salle d'eau avec WC. Outre le fait que les exigences concernant les mètres carrés, salle d'eau, WC et séjour seraient réglementées par le règlement grand-ducal du 25 février 1979, l'adoption du règlement communal litigieux serait encore complètement absurde puisqu'il aboutirait à une situation qui ne permettrait plus de louer une maison unifamiliale à plusieurs personnes non liées, sauf à obtenir une autorisation du bourgmestre.

En l'occurrence, l'article 1<sup>er</sup> du règlement communal attaqué serait contraire au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 comme ne respectant pas la définition d'un logement en découlant, alors que les règlements communaux devraient respecter les dispositions des règlements grand-ducaux. Dès lors, l'énoncé selon lequel « *toute chambre individuelle en location est à considérer comme unité de logement à part entière* » serait à annuler, les demandeurs concluant également à l'annulation du règlement communal dans son ensemble pour être contraire au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011.

En se référant aux objectifs de la loi du 25 février 1979 conformément à son article 1<sup>er</sup>, les demandeurs font valoir que le règlement communal litigieux entraverait l'accès au logement en ce qu'il imposerait des obligations très contraignantes aux propriétaires désireux de mettre à disposition des logements par la voie de la location de chambres individuelles, ce qui serait d'autant plus regrettable vu la proximité géographique de la commune de Mondrange au campus Belval de l'Université de Luxembourg. Le règlement communal entraverait dès lors la création de logements pour étudiants, stagiaires, apprentis en formation, personnes en formation continue, scientifiques, experts en mission temporaire, travailleurs étrangers et demandeurs d'asile, en ce qu'il rendrait impossible la mise à disposition de logements, lorsque le terrain des propriétaires ne permettrait pas la création d'emplacements de stationnement suffisants tel qu'exigé par l'article 53 du PAG et du règlement sur les bâtisses. Dans la mesure où le règlement communal ne promouvrait pas l'accès au logement, il serait contraire à la loi du 25 février 1979.

Le règlement communal serait encore contraire à l'article 33 de la même loi en ce qu'il exigerait une autorisation du bourgmestre pour procéder à la création d'un logement collectif, alors que la loi du 25 février 1979 n'exigerait aucune autorisation des autorités communales à cet effet. Or, un règlement communal ne pourrait aller au-delà des exigences d'une loi lorsqu'il s'agit de restreindre le droit de propriété.

En se référant aux articles 8 et suivants de la loi du 19 juillet 2004 s'agissant de la procédure d'adoption ou de modification d'un PAG, les demandeurs affirment encore que selon les affirmations du bourgmestre lors de la délibération du 8 juillet 2016, le règlement communal litigieux modifierait à la fois le règlement sur les bâtisses et le PAG, de sorte que la procédure prévue par la loi du 19 juillet 2004 en vue de la modification du PAG n'aurait pas été respectée. S'y ajouterait que le conseil communal n'aurait pas agi en conformité avec les objectifs fixés par l'article 2 de la loi du 19 juillet 2004, puisque les motivations avancées seraient étrangères à la sécurité, la salubrité et l'hygiène publics, la commune n'ayant pas agi dans l'intérêt public.

Les demandeurs s'emparent encore d'une violation de l'article 12 du règlement grand-ducal du 25 février 1979, imposant des conditions minimales de salubrité et de sécurité lorsque des locaux sont destinés à la location. Or, ce texte ne prévoirait pas l'obligation pour le propriétaire d'aménager des emplacements de stationnement par unité de logement, l'aménagement d'un tel emplacement de stationnement n'étant d'ailleurs pas en relation directe avec le confort du locataire, mais participerait directement à la vie en collectivité environnante pour laquelle la commune devrait agir dans l'intérêt général. Or, la qualification

de toute chambre individuelle donnée en location comme une unité de logement à part entière aurait une incidence déterminante sur la possibilité de donner des locaux en location par chambre individuelle et serait partant contraire au règlement grand-ducal du 25 février 1979.

Les demandeurs font ensuite état d'une violation de l'article 16 de la Constitution, garantissant le droit de propriété, en faisant valoir que le règlement communal litigieux modifierait le règlement sur les bâtisses et le PAG, alors que les pouvoirs du conseil communal pour ce faire seraient limités. Ces dispositions ne pourraient, en effet, créer des limitations au droit de propriété qu'en relation avec les points que le législateur a attribués aux autorités communales, c'est-à-dire en relation avec la propreté, la salubrité, la sûreté et la tranquillité des habitants.

Or, les propriétaires désireux d'utiliser leur propriété pour la donner en location par chambre individuelle devraient soit aménager les emplacements de stationnement par chambre louée si la configuration de leur terrain le permet physiquement, soit tout simplement renoncer à cette possibilité de location. Dans les deux cas, le propriétaire serait contraint de subir des préjudices financiers conséquents.

Les demandeurs invoquent, enfin, une violation de l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> du premier protocole additionnel à la CEDH, et font valoir que le règlement communal impliquerait une ingérence disproportionnée dans leur droit de propriété puisqu'il s'opposerait rétroactivement à une pratique autorisée avant son adoption. Ils auraient ainsi pu créer des logements destinés à une colocation sans avoir besoin d'une autorisation de la part du bourgmestre et ils n'auraient pas raisonnablement pu s'attendre à l'adoption d'une réglementation non prévue par la loi, les demandeurs se référant à cet égard à un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 25 octobre 1989, numéro 10842/84 du rôle.

La commune, pour sa part, conclut au rejet du recours pour n'être fondé en aucun de ses moyens.

Elle fait valoir qu'elle aurait pris conscience que sa réglementation urbanistique n'encadrerait pas le phénomène de la colocation, pourtant devenu de plus en plus fréquent sur son territoire à la suite du déménagement de l'Université de Luxembourg à Esch/Beval. Actuellement, son PAG ne ferait que la distinction entre immeubles d'habitation à caractère unifamilial et immeubles collectifs. Au vu de la définition d'une maison unifamiliale figurant à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, une maison donnée en colocation ne pourrait être considérée comme une maison unifamiliale puisque les maisons unifamiliales y seraient définies comme étant « *une construction servant au logement permanent et comprenant en principe une seule unité de logement. Un seul logement intégré supplémentaire y est admis* », de sorte qu'*a contrario*, il conviendrait d'admettre que tout autre immeuble ne rentrant pas dans cette définition serait nécessairement à considérer comme immeuble collectif.

La commune affirme que pour éviter toute discussion future quant à la nature d'un immeuble servant à des fins de colocation, elle se serait dotée d'un règlement communal destiné à encadrer ces « *Wohngemeinschaften* ». Ce serait ainsi que le règlement communal du 8 juillet 2016, publié au Mémorial le 10 octobre 2016, définirait la notion de colocation comme « *une chambre individuelle mise en location y compris cuisine, équipements sanitaires, buanderie et séjour à usage commun des différents colocataires. Toute chambre individuelle en location est à considérer comme unité de logement à part entière* », de sorte que les colocations tomberaient sous le régime applicable aux logements collectifs. Pour le surplus, le règlement communal litigieux se limiterait à reprendre les dispositions législatives s'imposant en tout état de cause, en ce qu'en son article 1<sup>er</sup>, il reprendrait les conditions de l'article 32 de la loi du 25 février 1979 en imposant que l'ensemble des habitations en colocation doit répondre à des critères de location, de salubrité, d'hygiène, d'habitabilité et de sécurité fixés par ladite loi. Par ailleurs, la référence à l'article 32 de la loi du 25 février 1979 ne serait que purement informative dans la mesure où le bourgmestre serait, en vertu de l'article 50 du décret du 14 décembre 1789 relatif à la constitution des municipalités, le gardien de la sécurité, de la salubrité et de la tranquillité publique. Le règlement communal ne serait en rien plus contraignant que l'article 32 de la loi du 22 février 1979 s'appliquant à tous les logements donnés en location, y compris aux colocations.

En son article 1<sup>er</sup>, paragraphe 3, le règlement communal reprendrait encore les dispositions de l'article 37 de la loi du 19 juillet 2004 en ce que « *Toute transformation d'un logement existant en habitations, en colocation ou toute création d'habitation en colocation doit également être conforme au plan d'aménagement général et une autorisation de construire est requise préalablement à l'exécution* ».

Enfin, le règlement communal se référerait dans son article 1<sup>er</sup>, paragraphe 4, aux prescriptions en vigueur relatives à la sécurité et à l'accessibilité pour les services secours.

En toute hypothèse, il ne serait pas plus contraignant que les dispositions législatives et réglementaires applicables en la matière.

Après avoir exposé ces considérations générales, la commune réfute de prime abord le moyen fondé sur un excès de pouvoir, en donnant à considérer que le juge de l'annulation ne pourrait procéder au contrôle de considérations d'opportunité, de sorte qu'aucune des considérations d'opportunité soulevées par les demandeurs ne pourrait conduire à l'annulation du règlement communal litigieux.

La commune souligne qu'en adoptant le règlement communal litigieux, elle aurait eu comme objectif principal de clarifier la nature de la colocation jusqu'à présent non réglementée en tant que telle dans sa réglementation urbanistique et de rappeler les dispositions législatives et réglementaires applicables pour restreindre les risques résultant d'un tel mode d'habitation.

Ce serait à tort que les demandeurs définiraient la *ratio legis* du règlement communal uniquement par rapport aux discussions des conseillers lors de la séance du 8 juillet 2016, qui constitueraient partiellement des considérations de pure opportunité.

Par rapport à l'objectif avancé par les demandeurs de combler les lacunes de la réglementation urbanistique, la commune fait valoir que si sa réglementation urbanistique ne distinguait effectivement qu'entre logements unifamiliaux et collectifs, le règlement communal litigieux n'entendrait pas introduire une troisième catégorie de logements, mais se limiterait à clarifier dans laquelle des deux catégories prévues par le PAG la colocation serait à ranger et cela notamment au vu de la notion de maison unifamiliale telle que définie par l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011. Elle n'entendrait pas non plus combler la législation luxembourgeoise, mais uniquement la réglementation urbanistique en vigueur sur son territoire. Dans la mesure où le conseil communal réglerait tout ce qui est d'intérêt communal, ce serait à juste titre qu'il aurait adopté le règlement en question en encadrant les logements collectifs se trouvant sur son territoire.

En second lieu, la commune fait valoir qu'elle ne comprendrait pas en quoi la référence faite à la loi du 25 février 1979 sanctionnerait les propriétaires des immeubles en cause puisque ces dispositions s'appliqueraient de toute manière à tous les logements destinés à la location, y compris les colocations, de sorte que l'argumentation des demandeurs suivant laquelle une telle motivation ne respecterait pas l'équilibre entre l'intérêt général et la liberté de l'individu ne pourrait valoir, la commune relevant encore que le règlement communal ne serait pas plus contraignant que la loi en vigueur.

S'agissant des problèmes liés au trafic avancés par les demandeurs, la commune souligne que le règlement communal du 8 juillet 2016 ne contiendrait aucune disposition quant aux emplacements de parking, mais se limiterait à rappeler que toute transformation des logements existants nécessiterait une autorisation de construire, celle-ci ne pouvant toutefois être délivrée que si le projet est conforme au PAG. En rappelant les dispositions de l'article 26 du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 à propos du nombre minimal et maximal d'emplacements de stationnement à définir par le PAG, elle fait valoir qu'en vertu de l'article 53 de son PAG, une autorisation de bâtir pour toute construction nouvelle, toute reconstruction, tout changement d'affectation ainsi que pour toute transformation ne pourrait être délivrée que si un nombre suffisant d'emplacements de stationnement pour véhicules est prévu sur la propriété intéressée. Dès lors, la transformation d'une maison unifamiliale en logement collectif nécessiterait un nombre suffisant de places de stationnement pour être autorisable, cela non pas en vertu du règlement communal sous analyse, mais par application du PAG.

Dans l'hypothèse où le tribunal devait estimer que l'obligation de créer des emplacements de stationnement résulterait du règlement communal querellé, elle donne à considérer que l'accessibilité et la qualité du transport en commun ne seraient pas les mêmes pour les logements se trouvant à Mondercange que pour ceux sis à Luxembourg-Ville cités par les demandeurs, de sorte qu'il serait illusoire de partir de la prémisse que les étudiants ou jeunes salariés habitant en colocation n'amèneraient pas de voiture et qu'ils se déplaceraient uniquement par les transports en commun. Ainsi, pour ne pas aggraver le problème de pénurie d'emplacements de stationnement sur son territoire, elle estime que la création de places de stationnement s'avérerait inévitable si une maison unifamiliale est transformée en logement collectif. Dès lors, le renvoi

par le règlement communal à son PAG s'agissant des emplacements de stationnement serait objectivement justifié.

Quant à la référence faite par les demandeurs à des difficultés liées à la facturation de certaines taxes et redevances communales, la commune fait valoir que les réflexions et observations faites lors de la délibération ayant donné lieu à l'adoption du règlement communal du 8 juillet 2016 seraient des observations de pure opportunité et ne sauraient être considérées comme étant l'objectif principal poursuivi par elle en adoptant le règlement en cause.

Par rapport à la référence faite aux incidences de la colocation sur certaines allocations sociales, la commune cite l'article 4 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, pour soutenir que le revenu minimum garanti (RMG) serait fixé en fonction de la composition du ménage, de sorte que tous les colocataires seraient pris en compte pour calculer le revenu du ménage. Il en serait de même de la bourse étudiante sur critères sociaux.

Elle fait, en outre, valoir que le raisonnement des demandeurs suivant lequel les colocataires formeraient une communauté de vie et non pas un ménage serait dépourvu de toute logique et risquerait de ne pas être suivi par les autorités en charge de l'octroi du RMG, respectivement des bourses étudiantes. Ainsi, pour éviter d'éventuelles discussions sur la composition du ménage des personnes habitant en colocation, elle aurait à juste titre précisé dans son règlement du 8 juillet 2016 que toute chambre individuelle donnée en location est à considérer comme unité de logement à part entière, cette précision étant basée sur la considération qu'un immeuble loué à plusieurs colocataires serait à considérer comme un logement collectif dans la mesure où il ne rentrerait pas dans la définition d'une maison unifamiliale figurant à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011.

Il s'ensuivrait que le règlement grand-ducal litigieux serait dûment motivé et justifié tant en opportunité qu'en droit, de sorte que le principe de proportionnalité n'aurait pas été violé.

Quant au moyen fondé sur un détournement de pouvoir, la commune conteste que la seule remarque faite par un membre du conseil communal au sujet de l'enrichissement de certains propriétaires louant leur immeuble à plusieurs locataires constitue un motif d'adoption du règlement communal du 8 juillet 2016. Il s'agirait, au contraire, d'une simple réflexion personnelle faite à haute voix qui ne représenterait pas la position de l'administration communale.

D'autre part, il serait encore contesté que le conseil communal aurait visé à modifier le PAG, la commune rappelant que le règlement en question ne contiendrait aucune condition n'existant pas d'ores et déjà, en renvoyant à ses développements antérieurs.

La commune conclut encore au rejet du moyen fondé sur une erreur manifeste d'appréciation en renvoyant à ses développements antérieurs, dans la mesure où les moyens employés par elle seraient proportionnés aux objectifs poursuivis.

S'agissant du moyen fondé sur une violation de la loi, en l'occurrence du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 et de son annexe II s'agissant de la définition de logement, la commune fait valoir que suivant la définition du dictionnaire « le Petit Robert », il conviendrait de comprendre par « *unité* » le « *caractère de ce qui n'a pas de partie, ne peut être divisé* ». La location de chambres meublées et privatives à des personnes non liées par des liens familiaux ne pourrait constituer « *une seule unité* », en ce que les différents contrats de bail liant chaque colocataire au bailleur ne seraient pas indivisibles. Le seul partage des locaux tels que le séjour, la cuisine ou éventuellement une salle de bain ne pourrait faire considérer la maison donnée en colocation comme formant un tout indivisible. En l'occurrence, un seul colocataire pourrait résilier son contrat de bail et quitter l'immeuble sans que cela n'ait d'incidence sur les autres cohabitants. A titre comparatif, en cas de location d'une maison unifamiliale par une famille formant effectivement une unité non divisible, il n'y aurait pas autant de contrats de bail que de cohabitants et dans cette hypothèse, la résiliation du contrat de bail impliquerait que l'ensemble des cohabitants quitte la maison.

Dans la mesure où les colocataires ne formeraient en réalité pas de ménage, il serait inopportun de les traiter comme tels, de sorte que ce serait à bon droit qu'elle a retenu que toute chambre individuelle en colocation est à considérer comme unité de logement à part entière.

S'agissant de la violation avancée de la loi du 25 février 1979, la commune fait valoir que le règlement communal litigieux se limiterait à définir la nature d'un immeuble donné en colocation et à renvoyer, pour le surplus, aux dispositions législatives applicables en la matière, en l'occurrence à la loi du 25 février 1979 et à son PAG, de sorte qu'il ne prévoirait pas d'obligation plus contraignante. En toute hypothèse, elle ne s'opposerait pas à la mise à disposition de tels logements, mais elle entendrait tout simplement exiger que ce soit fait en conformité à sa réglementation et sous le respect des considérations de salubrité, d'hygiène et de sécurité.

Par rapport au moyen fondé sur une violation de la loi du 19 juillet 2004, la commune réitère sa contestation suivant laquelle le règlement communal n'entendrait pas compléter, modifier ou réviser son PAG.

La commune fait, en outre, valoir que les demandeurs, en se prévalant de l'article 12 du règlement grand-ducal du 25 février 1979 pour affirmer que le règlement communal litigieux ajouterait une condition aux conditions minimales prévues par cet article, invoqueraient une disposition ayant trait aux logements collectifs, alors que, pourtant, ils affirmeraient que la location de chambres individuelles ne tomberait pas dans le champ d'application de telles dispositions.

D'autre part, la commune conteste que l'article 53 de son PAG quant aux emplacements de stationnement nécessaires par immeuble porterait atteinte d'une quelconque manière aux conditions minimales de salubrité et de sécurité des locaux prévus à l'article 12 du règlement grand-ducal du 25 février 1979. Elle ajoute que l'article 26 du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 prévoirait expressément que le nombre minimal et maximal d'emplacements de stationnement serait réglé dans la partie écrite du PAG.

S'agissant du reproche soulevé par les demandeurs par rapport au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 en ce que le règlement communal qualifierait chaque chambre comme unité individuelle, la commune fait valoir que les demandeurs resteraient en défaut d'établir en quoi consisterait cette violation et cela d'autant plus que l'article 12 du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 s'appliquerait aux logements collectifs qui seraient synonymes d'unités séparées.

Quant à la violation invoquée de la Constitution, la commune affirme que le manque à gagner avancé pour les propriétaires souhaitant louer individuellement des chambres de leur maison ne justifierait pas l'annulation du règlement communal, puisque ces propriétaires pourraient louer leur maison conformément à son affectation dûment autorisée, à savoir une maison unifamiliale à une famille. S'ils entendaient toutefois transformer leur maison en logement collectif, ils devraient se conformer aux mêmes dispositions que tous les propriétaires d'immeubles collectifs, en l'occurrence à l'obligation de créer suffisamment de places de stationnement. Pour le surplus, rien ne s'opposerait à ce que les propriétaires louent leurs chambres individuellement à tant de personnes qu'il y a d'emplacements de stationnement.

Par rapport au moyen fondé sur une violation de la CEDH, la commune fait valoir que le règlement communal n'apporterait aucune restriction supplémentaire à l'usage des biens.

Face au reproche fondé sur un défaut de proportionnalité, elle renvoie à ses développements antérieurs, tout en soulignant que les demandeurs affirmeraient à tort que le règlement communal litigieux interdirait la pratique de la colocation. Celle-ci ne serait pas interdite mais serait, comme toute transformation ou changement d'affectation, sujette à une autorisation du bourgmestre et devrait respecter la réglementation urbanistique en vigueur. Dans cette optique, l'argumentation des demandeurs selon laquelle la création de logements destinés à une colocation sans avoir besoin d'une autorisation du bourgmestre qui aurait été possible avant l'entrée en vigueur du règlement communal, serait à rejeter puisque conformément à l'article 37 de la loi du 19 juillet 2004, toute transformation et tout changement d'affectation d'immeubles nécessiterait une autorisation du bourgmestre et cela indépendamment du règlement communal du 8 juillet 2016.

Dans leur réplique, les demandeurs se réfèrent à une jurisprudence du tribunal administratif du 9 décembre 2015, numéro 36162 du rôle, dont ils déduisent qu'une maison unifamiliale pourrait être destinée à l'habitation dite collective, et font valoir que quelle que soit l'utilisation faite de la maison, habitation individuelle ou collective, une maison unifamiliale se caractériserait essentiellement par le fait qu'elle n'est accessible qu'à partir d'une seule et même entrée. Une lecture croisée de la définition donnée par la jurisprudence de la « maison » et de celle contenue à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 permettrait de

conclure qu'une maison unifamiliale pourrait comprendre plusieurs locaux destinés à l'habitation, formant une seule unité comprenant au moins une pièce de séjour, une niche de cuisine et une salle d'eau avec WC, cette définition ne s'opposant aucunement à ce qu'une maison unifamiliale soit donnée en colocation, mais il suffirait que les locaux destinés à l'habitation forment une unité. Dès lors, même si une maison unifamiliale était donnée en colocation, cela ne s'opposerait pas à ce que cette construction forme toujours un ensemble de locaux destinés à l'habitation, formant une seule unité et comprenant au moins une pièce de séjour, une niche de cuisine et une salle d'eau avec WC, puisque les différentes chambres louées seraient accessibles par une seule porte principale donnant accès à l'ensemble des pièces formant par conséquent une unité de logement.

Il y aurait dès lors unité de logement même si plusieurs chambres sont comprises dans une même construction quel que soit l'usage fait de ces chambres, utilisation personnelle ou colocation.

S'y ajouterait que le règlement grand-ducal précité ne définirait nullement la notion de logement collectif. Il faudrait dès lors supposer que la notion de « *logement collectif* », telle qu'utilisée par la commune, renverrait à l'usage d'une construction et non à sa structure architecturale de base.

Dès lors, la conclusion de la commune suivant laquelle les colocations tomberaient sous le régime applicable aux logements collectifs serait à rejeter.

S'agissant du moyen fondé sur un excès de pouvoir, les demandeurs renvoient en substance à leur argumentation présentée dans la requête introductive d'instance, et soulignent, pour le surplus, que la commune n'aurait pas répondu à leur argument suivant lequel le bourgmestre aurait affirmé lors de la séance du 8 juillet 2016 qu'il fallait définir un troisième type de logement, en l'occurrence la colocation, afin de combler des lacunes de la législation nationale et de faire face à des problèmes rencontrés sur le territoire communal.

Les demandeurs affirment encore que si le règlement communal n'était pas plus contraignant que la législation et réglementation en vigueur, tel que cela est soutenu par la commune, il se poserait la question de l'intérêt concret de son adoption puisque l'application des textes en vigueur aurait été suffisante pour résoudre les problèmes avancés. Il s'ensuivrait que le règlement litigieux serait dépourvu de toute motivation légale et que le principe de proportionnalité n'aurait pas été respecté.

Pareillement, la commune n'aurait pas répondu à leur argumentation suivant laquelle le conseil communal aurait visé à résoudre un problème individuel s'agissant des critères de salubrité et d'hygiène en matière de location sur son territoire en adoptant le règlement litigieux, alors que ces difficultés auraient pu être résolues par la simple application du règlement grand-ducal du 25 février 1979.

Ils font encore valoir que si le règlement communal litigieux ne contenait aucune disposition s'agissant des emplacements de stationnement obligatoires, pourtant le conseil communal aurait avancé une argumentation liée à un manque de tels emplacements pour motiver le règlement en question, de sorte qu'il serait dépourvu d'une motivation légale et qu'il y aurait partant eu excès de pouvoir.

S'agissant des problèmes de facturation avancés, les demandeurs font valoir que la commune ne contesterait pas que le conseil communal aurait exprimé cette idée en adoptant le règlement communal et ajoutent que ces difficultés resteraient fictives et ne se fonderaient pas sur des expériences concrètes de l'administration, de sorte qu'elles ne sauraient justifier le règlement en question. Contrairement à ce qui serait avancé par la commune, il ne s'agirait pas uniquement d'opinions et de réflexions librement exprimées, puisque cet argument aurait été accepté par l'ensemble des membres du conseil communal qui se seraient fondés sur ce motif pour adopter le règlement litigieux.

Ensuite, les demandeurs s'opposent au renvoi fait par la commune à l'article 4 de la loi du 29 avril 1999, précitée, pour contrer leur argumentation suivant laquelle la prise en compte de la législation en matière d'aides sociales ne serait pas adaptée pour motiver le règlement communal litigieux. Ils font valoir que la disposition invoquée par la commune recourrait à la notion de *foyer* qui, d'un point de vue juridique, se distinguerait des notions de *logements* ou d'*unité de logement* telles qu'utilisées par le règlement litigieux. De même, la notion de *ménage* conformément à la législation en matière d'aides financières pour études supérieures se distinguerait des notions de *logement* et d'*unités de logement* telles qu'utilisées dans le règlement communal litigieux.

Dès lors, les motifs avancés par rapport à certaines allocations sociales ne justifieraient pas légalement le règlement attaqué, puisque cette législation et ces règlements porteraient sur des aspects complètement différents.

Quant au moyen fondé sur un détournement de pouvoir, les demandeurs font valoir que la remarque d'un membre du conseil communal à propos de l'enrichissement de certains propriétaires aurait été approuvée par tous les membres du conseil communal, y compris par le bourgmestre, de sorte qu'elle constituerait un motif d'adoption du règlement communal attaqué, qui pourtant ne s'inscrirait pas dans l'exercice de la défense du seul intérêt général.

S'agissant du reproche suivant lequel le conseil communal aurait en réalité entendu modifier le PAG sans respecter la procédure prévue par la loi, les demandeurs font état de contradictions dans l'argumentation de la commune, qui tantôt aurait contesté que le règlement communal litigieux entendait modifier ou compléter son PAG et tantôt aurait affirmé qu'elle entendrait combler la réglementation urbanistique en vigueur sur son territoire.

S'agissant du moyen fondé sur une erreur manifeste d'appréciation, les demandeurs renvoient à leur requête introductive d'instance.

Par rapport au moyen fondé sur une violation de la loi pris en ses différentes branches, les demandeurs soulignent de prime abord que le règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 définirait la notion de logement de manière différente que le ferait le règlement communal, de sorte que ce dernier réduirait la notion de logement à une chambre individuelle, alors que le logement pourrait comprendre plusieurs chambres quel que soit l'usage qui en est fait. Dès lors, la définition du logement telle qu'incluse dans le règlement communal litigieux serait plus restrictive que celle donnée par la réglementation nationale, les demandeurs affirmant que la commune confondrait dans son argumentation la structure architecturale du logement mentionné à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 et l'usage qui en est fait, en l'occurrence la colocation. Elle confondrait de même les notions de logement et de famille afin de les associer à la notion d'unité, de sorte que son argumentation serait contraire au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011.

S'agissant du motif fondé sur une violation de la loi du 25 février 1979, les demandeurs affirment que le règlement communal litigieux ne pourrait contribuer au respect de la réglementation communale en vigueur et des considérations de salubrité, d'hygiène et de sécurité, dans la mesure où, pour ces matières, une réglementation bien développée existerait, de sorte que l'adoption du règlement communal aurait été inutile, à moins de vouloir apporter des restrictions ou des obligations additionnelles par rapport à cette réglementation.

Ils donnent encore à considérer qu'une application combinée du règlement communal litigieux et de l'article 53 du PAG rendrait plus difficile la location de chambres individuelles, ce qui serait contraire à l'objectif de la loi du 25 février 1979.

Quant au motif fondé sur une violation de la loi du 19 juillet 2004, les demandeurs insistent sur la considération qu'en affirmant qu'elle entendrait combler la réglementation urbanistique en vigueur, la commune aurait admis avoir voulu procéder à une modification de son PAG sans toutefois respecter la procédure prévue à la loi du 19 juillet 2004, puisque le PAG ferait partie intégrante de la réglementation urbanistique en vigueur.

S'agissant de la violation avancée du règlement grand-ducal du 25 février 1979, les demandeurs font valoir que la définition d'un logement collectif donnée à l'article 10 du règlement grand-ducal du 25 février 1979 ne s'opposerait pas à leur argumentation puisque cette définition porterait sur l'usage qui est fait d'un immeuble destiné à l'habitation et non sur sa structure architecturale de base, de sorte que ce serait à tort que la commune leur reprocherait d'avoir changé de position dans leur argumentation. Pour le surplus, ils réitérent leur argumentation suivant laquelle l'exigence d'un emplacement de stationnement pour chaque chambre donnée en location serait contraire au règlement grand-ducal du 25 février 1979, qui ne fixerait pas une telle obligation.

Les demandeurs donnent encore à considérer, par rapport à leur moyen fondé sur une violation de la Constitution, que la définition d'une chambre individuelle donnée en location comme unité de logement dépasserait les compétences que la Constitution accorderait au conseil communal en matière de propriété,

de salubrité, de sûreté et de tranquillité publique. Le règlement communal devrait relever de la réglementation d'urbanisme afin de pouvoir limiter ou régler l'usage de la propriété, en l'occurrence des logements respectivement des maisons unifamiliales. Si le tribunal devait admettre l'argumentation de la commune suivant laquelle le règlement communal ne relèverait pas de la réglementation d'urbanisme de son territoire, il devrait retenir une violation de l'article 16 de la Constitution.

S'y ajouterait que le règlement communal devrait être interprété en ce sens que le fait de donner des chambres individuelles en colocation s'analyse en une transformation d'un logement existant en habitation en colocation soumis à autorisation du bourgmestre. Or, une telle obligation impliquerait une restriction au droit de propriété. Il n'existerait toutefois aucune raison légale de devoir demander une telle autorisation, de sorte que l'introduction d'une procédure d'autorisation constituerait un obstacle légalement non justifié et restreignant le libre exercice du droit de propriété.

Enfin, par rapport au moyen fondé sur une violation de la CEDH, les demandeurs renvoient à leurs conclusions antérieures tout en soulignant qu'ils n'auraient pas soutenu que le règlement communal litigieux interdirait pour le futur toute pratique de colocation, mais ils auraient affirmé qu'il rendrait cette pratique plus difficile voire impossible dans certains cas. Le règlement s'appliquerait, par ailleurs, rétroactivement et interdirait la colocation ayant été créée avant son entrée en vigueur et pour laquelle aucune autorisation n'aurait été demandée au bourgmestre. Les colocations devraient donc être suspendues en attendant l'autorisation du bourgmestre ce qui constituerait une ingérence disproportionnée dans le libre exercice du droit de propriété.

Dans sa duplique, la commune s'empare de la définition jurisprudentielle de la notion de maison telle qu'avancée par les demandeurs, en soulignant qu'il ne s'agirait pas de la définition d'une maison unifamiliale mais tout simplement de la définition d'une maison qui s'appliquerait aussi bien aux maisons plurifamiliales qu'aux maisons unifamiliales.

Elle aurait pris le soin d'encadrer cette notion générale de *maison* dans son PAG en distinguant entre maisons unifamiliales et logements collectifs. La notion d'immeuble à caractère familial visé à l'article 8 de son PAG serait davantage précisée dans son article 22 distinguant entre les maisons unifamiliales, les résidences et les logements collectifs.

Il résulterait de la lecture combinée de ces articles que la notion d'immeuble à caractère unifamilial prévue à l'article 8 du PAG se comprendrait comme une maison unifamiliale, de sorte que la définition jurisprudentielle citée par les demandeurs ne trouverait pas à s'appliquer en l'espèce puisqu'il s'agirait de la définition d'une maison en général, alors qu'elle se référerait expressément à un concept plus précis des maisons unifamiliales, toute maison n'étant pas forcément une maison unifamiliale.

Ce serait encore à tort que les demandeurs affirment qu'une maison unifamiliale se caractériserait essentiellement par le fait qu'elle n'est accessible qu'à partir d'une seule et même entrée, la commune affirmant que le nombre de portes d'entrée ne serait pas un critère déterminant puisque la nette majorité des immeubles résidentiels ne disposerait également que d'une seule et même entrée.

Pour le surplus, elle souligne que sa réglementation urbanistique distinguerait uniquement entre les maisons unifamiliales et les logements collectifs/résidences et qu'il n'y aurait aucune notion propre aux colocations. Le choix politique d'assimiler la colocation plutôt à des logements collectifs qu'à des maisons unifamiliales, qui échapperait au contrôle du juge administratif, ne serait en rien critiquable, serait logique et exempt d'arbitraire.

Dans la mesure où une colocation, qui se caractérisait par le fait que plusieurs personnes sans lien familial cohabitent dans une même maison, ne saurait tomber dans la catégorie des maisons unifamiliales, par la force des choses, elle ferait partie des logements collectifs.

Dans ce contexte, la commune souligne encore qu'elle ne pourrait refuser une inscription à son registre de la population pour d'autres motifs que ceux liés à la résidence habituelle projetée, en se référant, à cet égard, à la jurisprudence des juridictions administratives, pour souligner qu'aucun contrôle ne pourrait s'effectuer à ce stade.

Par rapport au reproche suivant lequel le règlement communal entendrait combler les lacunes de la réglementation urbanistique, la commune fait valoir que la remarque afférente du bourgmestre lors de la séance du 8 juillet 2016 ne se serait pas rapportée au règlement communal adopté le même jour, mais constituerait un rappel de la problématique des colocations en général, la commune réitérant son argumentation suivant laquelle ce ne serait pas par le biais de ce règlement communal qu'elle aurait entendu introduire une troisième catégorie de logement, mais qu'elle aurait l'intention de le faire lors de la refonte du PAG. Le règlement communal litigieux se limiterait, en effet, à préciser dans quelle catégorie la colocation serait à classer au regard de la législation urbanistique existante, ne distinguant qu'entre maisons unifamiliales et logements collectifs. Le règlement communal aurait dès lors simplement apporté des précisions quant à l'interprétation à donner à la réglementation existante afin d'éviter qu'à chaque demande d'autorisation pour la transformation d'une maison unifamiliale en colocation, elle devrait justifier pourquoi cette colocation serait à considérer comme logement collectif et non pas comme logement unifamilial et cela jusqu'à ce que la modification du PAG ait abouti.

S'agissant de la violation alléguée du règlement grand-ducal du 25 février 1979, la commune donne à considérer qu'elle n'aurait rien fait d'autre que de résoudre le problème avancé par la simple application du règlement grand-ducal du 25 février 1979.

Quant aux problèmes de trafic et d'emplacements de stationnement, la commune fait valoir que dans la mesure où, conformément au règlement communal du 8 juillet 2016, une colocation tomberait dans la catégorie des logements collectifs, il faudrait, par la force des choses, respecter les dispositions afférentes du PAG quant au nombre nécessaire d'emplacements de stationnement. Une colocation hébergeant plusieurs adultes susceptibles d'être titulaires d'un permis de conduire et d'être propriétaires d'un véhicule nécessiterait plus d'emplacements de stationnement qu'une famille à proprement parler avec des enfants mineurs. Au vu de la pénurie d'emplacements sur son territoire, l'exigence de prévoir suffisamment de places de stationnement, résultant en tout état de cause du PAG et non pas du règlement communal attaqué, viserait à assurer la sécurité et la tranquillité des habitants.

Ensuite, la commune rappelle que des difficultés liées à la facturation de certaines taxes et redevances ne pourraient être considérées comme la raison d'être principale du règlement communal litigieux.

Par rapport à la volonté d'éviter la perte de certaines allocations sociales, la commune souligne, en substance, que la définition retenue par elle créerait une protection des colocataires.

La commune réitère encore sa contestation du reproche suivant lequel le conseil communal s'opposerait à l'enrichissement de propriétaires.

Par rapport à l'argument fondé sur une modification du PAG, elle rappelle la considération suivant laquelle le règlement communal serait avant tout de nature interprétative puisqu'il préciserait la catégorie dans laquelle il faudrait ranger la colocation au vu des notions de la réglementation urbanistique existante.

Quant au moyen fondé sur une erreur manifeste d'appréciation et quant aux différentes branches du moyen fondé sur une violation de la loi, la commune renvoie en substance à ses développements antérieurs.

S'agissant de la violation alléguée de la Constitution, la commune réitère que dans la mesure où la colocation n'entrerait pas dans la catégorie des maisons unifamiliales, il faudrait la ranger parmi les logements collectifs, cette définition découlant avant tout du PAG existant, le règlement communal du 8 juillet 2016 ne se limitant qu'à fixer cette interprétation faite du PAG par écrit pour éviter des discussions ultérieures, de sorte que ce serait à tort que les demandeurs invoquent un dépassement de pouvoir. Pour le surplus, l'encadrement de la colocation sur le terrain communal aurait manifestement trait à la propreté, la salubrité, la sûreté et la tranquillité des habitants. Pour le surplus, la commune s'empare de l'article 37 de la loi du 19 juillet 2004 pour soutenir que, par la force des choses, la transformation d'une maison unifamiliale en maison d'habitation plurifamiliale constituerait un changement d'affectation aux termes de cette disposition, la commune se référant à un arrêt de la Cour administrative du 1<sup>er</sup> avril 2014, numéro 33580C du rôle, à propos d'un changement d'affectation en soulignant que, suivant cette jurisprudence, le bourgmestre devrait considérer la compatibilité de la construction nouvellement affectée aux règles concernant l'implantation des constructions dans les différentes zones avec toutes les contraintes qui en découlent, de sorte que tout changement

d'affectation d'un immeuble existant obligerait le bourgmestre à considérer l'immeuble de la même manière comme s'il faisait l'objet d'une nouvelle implantation. Les restrictions au droit de propriété en présence d'un changement d'affectation résulteraient dès lors directement de la loi et plus précisément de l'article 37 de la loi du 19 juillet 2004.

S'agissant de la violation alléguée de la CEDH, la commune renvoie à ses développements antérieurs.

Le tribunal n'est pas tenu de suivre l'ordre dans lequel les moyens sont présentés, mais les traitera suivant la logique juridique dans laquelle ils s'insèrent. Dès lors, le tribunal examinera de prime abord les moyens fondés sur une violation de la loi du 19 juillet 2004 et du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, qui, pris en leurs différentes branches, tendent, en substance, à reprocher au conseil communal d'avoir, au regard des motifs avancés à la base du règlement communal, usé de son pouvoir en matière de simple règlement communal, afin de réglementer des domaines réservés par la loi au PAG, et cela en contradiction avec la notion de logement définie au règlement grand-ducal du 28 juillet 2011.

Quant à l'étendue du pouvoir de contrôle du tribunal dans le cadre du recours en annulation dont il est saisi, le tribunal relève de prime abord que le recours exercé contre un acte administratif à caractère réglementaire soumet au juge administratif le seul contrôle des aspects de légalité tirés de l'incompétence, de la violation de la loi ou des formes destinées à protéger les intérêts privés ou encore de l'excès ou du détournement de pouvoir, à l'exclusion des considérations de l'opportunité de la mesure réglementaire prise par les autorités politiques compétentes. Dès lors, s'il est vrai que dans le cadre d'un recours en annulation d'une norme réglementaire, le juge a le droit et le devoir de vérifier l'existence matérielle des faits gisant à la base de la mesure contestée, ce contrôle ne saurait cependant s'étendre à des questions de pure opportunité politique de la mesure<sup>(1)</sup>.

C'est ainsi que la jurisprudence administrative a retenu, par rapport à un règlement grand-ducal, que le juge administratif ne saurait se livrer à une appréciation de la situation de fait gisant à la base des dispositions d'un règlement grand-ducal et de l'opportunité ou de la faculté à résoudre les problèmes des mesures prises audit règlement et qu'il n'appartient pas au juge de la légalité d'apprécier le bien-fondé de la pondération relative que le pouvoir réglementaire attribue aux considérations d'intérêt général par rapport aux intérêts des particuliers qui nécessairement sont susceptibles d'être atteints par une mesure d'ordre réglementaire<sup>(2)</sup>.

Le juge administratif en tant que juge de la légalité à l'égard d'un acte administratif à caractère réglementaire examine ainsi l'existence des motifs qui sont à la base de l'acte et contrôle si les motifs répondent à une finalité d'intérêt général, ce dernier étant la mesure de toute action des autorités administratives. En vertu du principe de proportionnalité, les mesures que l'administration se propose de prendre doivent en effet être dans la mesure de l'objectif poursuivi<sup>(3)</sup>.

Il s'ensuit que toutes les considérations de pure opportunité à la base du règlement communal attaqué échappent en toute hypothèse au contrôle du tribunal administratif.

Dans ce contexte, il convient encore de souligner que les motifs à la base de l'acte réglementaire sur lesquels portera l'examen du tribunal, sont ceux se dégageant de l'acte même, ensemble les motifs exposés par la commune dans le cadre de la présente procédure contentieuse, étant relevé qu'il est permis que l'autorité administrative produise même pour la première fois au cours de la phase contentieuse, les motifs se trouvant à la base de l'acte réglementaire, à condition que ces motifs aient existé au moment de l'adoption du règlement en question. En effet, s'il est vrai que les actes administratifs à caractère réglementaire ne doivent pas contenir une indication formelle des motifs, ils doivent reposer sur de justes motifs légaux devant avoir existé au moment où ils ont été respectivement pris, motifs dont le juge administratif est appelé à vérifier tant l'existence que la légalité<sup>(4)</sup>.

Dès lors, le tribunal examinera la légalité du règlement communal du 8 juillet 2016 non pas par rapport aux opinions individuelles exprimées par les différents conseillers lors des débats ayant abouti à son adoption, ceux-ci n'étant que le reflet de considérations personnelles propres aux conseillers qui ne reflètent pas nécessairement l'opinion de l'ensemble du conseil communal, mais exclusivement par rapport aux motifs se dégageant, d'une part, des considérants de l'extrait des délibérations du conseil communal, et, d'autre part, des motifs avancés par la commune dans le cadre de la présente procédure, à condition que ceux-ci aient existé au moment de l'adoption du règlement en question.

Force est de constater que, suivant les explications fournies par la commune, le règlement communal litigieux a été pris essentiellement sur base de la considération qu'au regard du développement du phénomène de la colocation sur son territoire, au vu de la définition de la notion de maison unifamiliale figurant à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, et de la circonstance que sa réglementation urbanistique, n'encadrant pas le phénomène de la colocation, ne distinguerait qu'entre, d'une part, les immeubles d'habitation à caractère unifamilial et, d'autre part, les immeubles d'habitation collectifs, elle aurait entendu, afin d'éviter toute discussion future quant à la nature d'un immeuble servant à des fins de colocation, se doter d'un règlement communal destiné à encadrer cette forme d'habitation, étant relevé qu'il n'est pas contesté que cette motivation ait existé au moment de l'adoption du règlement communal litigieux. Suivant la commune, elle aurait ainsi eu comme objectif principal de clarifier la nature de la colocation jusqu'à présent non réglementée dans sa réglementation urbanistique et de rappeler les dispositions législatives et réglementaires applicables à ce mode d'habitation. En substance, le règlement communal tendrait ainsi, d'après la commune, à clarifier dans laquelle des catégories d'habitations prévues par son PAG la colocation serait à ranger, de sorte que le règlement communal serait essentiellement de nature interprétative.

Conformément au règlement communal litigieux, l'habitation en colocation est définie comme suit : « *une chambre individuelle mise en location y compris cuisine, équipements sanitaires, buanderie et séjour à usage commun des différents colocataires. Toute chambre individuelle en colocation est à considérer comme unité de logement à part entière* », l'article 1<sup>er</sup> du règlement communal poursuivant en son alinéa 3 que « *toute transformation d'un logement existant en habitations en colocation ou toute création d'habitations en colocation doit également être conforme au plan d'aménagement général et une autorisation de construire est requise préalablement à l'exécution.* »

Le tribunal constate que l'approche de la commune repose sur la prémisse suivant laquelle un immeuble loué à plusieurs colocataires, pris en son ensemble, ne pourrait pas être qualifié de logement unique au sens du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, abrogé par le règlement grand-ducal du 8 mars 2017 concernant le contenu du plan d'aménagement particulier « *quartier existant* » et du plan d'aménagement particulier « *nouveau quartier* », mais applicable au moment de l'adoption du règlement communal litigieux, de sorte que l'usage d'une habitation à des fins de colocation impliquerait la création d'autant d'unités de logements qu'il y a de chambres individuelles en location. Le règlement communal litigieux requérant une autorisation du bourgmestre tant pour la création d'habitations en colocation, que pour la transformation d'un logement existant en habitation en colocation, et cela indépendamment de tous travaux d'agrandissement ou de transformation de l'immeuble, il repose sur la considération que, de manière générale, l'usage d'une habitation à des fins de colocation s'analyserait en une affectation sujette à autorisation, et cela au-delà de la nécessité d'une autorisation de construire pour la construction en tant que telle, et que, plus particulièrement l'usage d'une habitation existante à des fins de colocation, s'analyserait en un changement d'affectation.

Il ressort encore de l'extrait de la délibération du conseil communal du 8 juillet 2016 que le conseil communal a adopté ledit règlement communal en précisant qu'il « *constitue un ajout au plan d'aménagement général comprenant le règlement des bâtisses de la commune de Mondercange* ».

Le tribunal relève de prime abord que si le renvoi fait par le règlement communal à la législation existante en matière de locations, aux prescriptions en vigueur en matière de sécurité, ainsi que, de manière générale, au respect des dispositions du PAG, n'est pas critiquable, la commune ne saurait toutefois imposer des dispositions en matière d'urbanisme, prévoyant des restrictions allant au-delà des dispositions du PAG, par voie de simple règlement communal, sans respecter la procédure de modification du PAG imposée par la loi du 19 juillet 2004.

Il convient dès lors d'examiner, face aux reproches afférents soulevés par les demandeurs, si le règlement communal du 8 juillet 2016 est de nature à ajouter des dispositions au PAG, respectivement d'en modifier des dispositions.

Force est de constater que le PAG de la commune, tel que cela est d'ailleurs avancé par cette dernière, ne prévoit pas l'hypothèse de l'utilisation d'une maison à des fins de colocation, mais, distingue s'agissant des habitations, plus particulièrement en ses articles 6, 8 et 22, essentiellement entre, d'une part, les maisons à caractère unifamilial et, d'autre part, les constructions à plus de deux logements, qualifiées de résidences, respectivement de logements collectifs.

Par ailleurs, s'agissant des constructions et opérations sujettes à autorisation, l'article 75.3 du PAG requiert une autorisation du bourgmestre, outre pour les constructions nouvelles, démolitions et autres aménagements, non pertinents en l'espèce, pour tout changement d'affectation d'un immeuble.

Il ne se dégage toutefois pas des prescriptions du PAG que l'usage d'une maison unifamiliale existante à des fins de colocation implique nécessairement un changement d'affectation, respectivement la transforme *ipso facto* en une habitation collective, tel que cela est soutenu par la commune.

D'autre part, le tribunal relève qu'au regard des définitions des notions de logement et de maison unifamiliale contenues à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, la conclusion s'impose qu'une maison unifamiliale est compatible avec la colocation, sans que ce mode d'habitation ne change la nature de l'immeuble. En effet, conformément à l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, une maison unifamiliale est désignée comme visant une « *construction servant au logement permanent et comprenant en principe une seule unité de logement. Un seul logement intégré supplémentaire y est admis* », le logement intégré étant défini comme étant « *un logement faisant partie d'une maison de type unifamilial et appartenant au propriétaire du logement principal. Le logement ne peut être destiné qu'à la location et doit être subordonné en surface au logement principal* ». Le logement, pour sa part, est défini comme un « *ensemble de locaux destinés à l'habitation, formant une seule unité et comprenant au moins une pièce de séjour, une niche de cuisine, une salle d'eau avec WC* ». A partir de ces définitions, le tribunal est amené à retenir que non seulement un logement intégré, expressément prévu par le règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, mais aussi la colocation est compatible avec une maison unifamiliale. En effet, une maison unifamiliale, comprenant au moins une pièce de séjour, une niche de cuisine et une salle d'eau avec WC, forme une seule unité, partant un logement au sens de l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, et cela même dans l'hypothèse où différentes chambres de la maison sont occupées par des personnes non liées par des liens familiaux, mais qui partagent l'usage des pièces communes telles que la pièce de séjour, la cuisine, la salle d'eau et les WC. La circonstance que les différents colocataires disposent chacun d'un contrat de location individuel n'est pas de nature à changer cette analyse, dans la mesure où l'*unité* visée par le règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 est définie par rapport à la pièce de séjour, la niche de cuisine, la salle d'eau avec WC, indépendamment de la question de savoir si ces pièces sont utilisées par une personne, ou si elles le sont en commun par une famille ou par des colocataires. Dès lors, l'usage d'une maison unifamiliale, qualifiée comme étant un logement au sens du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011, à des fins de colocation, ne modifie pas, contrairement à ce qui est soutenu par la commune, le statut de cette maison unifamiliale, de manière qu'elle n'est pas à qualifier *ipso facto* de logement collectif.

D'autre part, il ne se dégage pas non plus des dispositions du PAG que la création d'habitations à des fins de colocation soit soumise à autorisation, indépendamment de la réalisation de travaux de construction de l'immeuble proprement dit qui, évidemment, sont sujets à autorisation.

Dans la mesure où le règlement communal du 8 juillet 2016 soumet l'usage d'un logement à des fins de colocation à une autorisation du bourgmestre, indépendamment de tous travaux d'agrandissement ou de transformation de l'immeuble, et qu'il qualifie un tel usage automatiquement de changement d'affectation d'un immeuble, respectivement d'affectation sujette à autorisation particulière, tandis que suivant les prescriptions du PAG, l'usage d'une maison unifamiliale à des fins de colocation n'implique pas un changement d'affectation, et la création d'habitations à des fins de colocation n'est pas non plus soumise à autorisation, le constat s'impose que le règlement communal litigieux, loin d'être le simple rappel de l'article 37 de la loi du 19 juillet 2004, tel que cela est soutenu par la commune, conduit à imposer des prescriptions urbanistiques allant au-delà du cadre tracé par le PAG, ce constat étant d'ailleurs pressenti par le conseil communal en ce qu'il ressort de l'extrait de la délibération, tel que cela a été relevé ci-avant, que, suivant les conseils communaux, ledit règlement « *constitue un ajout* » au PAG. Or, indépendamment du caractère justifié des considérations d'opportunité avancées par la commune afin de réglementer la forme particulière d'habitation que constitue la colocation, une telle réglementation doit nécessairement être adoptée à travers la réglementation urbanistique de la commune, en l'occurrence à travers le PAG, en respect de la procédure afférente prévue par la loi du 19 juillet 2004, et ne saurait être adoptée à travers un simple règlement communal. Ce faisant, le conseil communal, loin de se limiter à interpréter les dispositions existantes du PAG, a imposé, en effet, à travers le règlement communal litigieux, des restrictions additionnelles, qui ne sauraient être réglementées qu'en respect de la procédure d'adoption ou de modification du PAG. Le conseil

communal a ainsi procédé par détournement de pouvoir, en ce qu'il a usé de ses pouvoirs en matière de police, afin de créer une réglementation en matière d'urbanisme, spécialement soumise par le législateur à une procédure particulière d'adoption, respectivement de modification.

A cet égard, il convient encore de relever que les autorités communales ne peuvent porter atteintes aux droits de propriété d'une façon illimitée par des prescriptions de police mais elles ne peuvent en régler l'usage que sur les points que le législateur leur a attribué<sup>(6)</sup>. Dans ces conditions, les restrictions au droit de propriété qu'implique la réglementation urbanistique ne sauraient être adoptées par le conseil communal qu'à travers la procédure prévue à cet égard par la loi du 19 juillet 2004.

Par ailleurs, le règlement communal litigieux, en soumettant l'usage d'une habitation à des fins de colocation à une autorisation du bourgmestre, et cela indépendamment de tous travaux d'agrandissement ou de transformation, en qualifiant cette situation implicitement mais nécessairement de changement d'affectation, du moins s'il s'agit de l'usage d'un logement existant à des fins de colocation, et en qualifiant les différentes chambres données en colocation d'unités de logement à part entière, a encore, au regard des développements qui précèdent, été pris en violation de l'annexe II du règlement grand-ducal du 28 juillet 2011 et plus particulièrement des définitions de logement et de maison unifamiliales y incluses.

Il suit de l'ensemble des considérations qui précèdent qu'il y a lieu de faire droit à la demande principale formulée par les demandeurs, de sorte que le règlement communal attaqué encourt l'annulation dans son intégralité, sans qu'il n'y ait lieu d'examiner plus en avant les autres moyens et arguments présentés par les demandeurs, ni la demande subsidiaire tendant à l'annulation du seul article 1<sup>er</sup> du règlement communal litigieux.

Eu égard à l'issue du litige, la demande en paiement d'une indemnité de procédure formulée par la commune de l'ordre de 3000 euros est rejetée.

La demande du montant de 1.500 euros formulée par les demandeurs est encore rejetée en ce qu'il n'est pas établi en quoi il serait inéquitable de laisser à leur unique charge les frais non compris dans les dépens.

### **Par ces motifs,**

le tribunal administratif, première chambre, statuant contradictoirement ;

reçoit le recours en annulation en la forme ;

au fond, le déclare justifié, partant annule le règlement communal relatif aux habitations en colocation adopté par le conseil communal de la commune de Mondercange en sa séance du 8 juillet 2016 et publié au Mémorial A en date du 10 octobre 2016 ;

ordonne la publication du présent jugement conformément aux dispositions de l'article 7, paragraphe (3) de la loi modifiée du 7 novembre 1996

portant organisation des juridictions de l'ordre administratif ;

rejette les demandes en paiement d'une indemnité de procédure formulée respectivement par les demandeurs et par la commune ;

condamne la commune de Mondercange aux frais.

Ainsi jugé et prononcé à l'audience publique du 8 janvier 2018 par :

Annick Braun, vice-président,  
Alexandra Castegnaro, premier juge,  
Hélène Steichen, juge,

en présence du greffier en chef Arny Schmit.

**Arny Schmit**

**Annick Braun**

---

- 
- (1) Cour adm. 12 décembre 1998, n° 10452C du rôle, Pas. adm. 2017, V° Actes réglementaires, n° 24 et autres références y citées.
  - (2) Cour adm. 29 novembre 2001, n°13357C du rôle, Pas. adm. 2017, V° Actes réglementaires, n° 25 et autres références y citées.
  - (3) trib. adm. 26 septembre 2001, n° 11992 du rôle, Pas. adm. 2017, V° Actes réglementaires, n° 25 et autres références y citées.
  - (4) en ce sens, Cour adm. 23 février 2006, n° 20173C du rôle, Pas. adm. 2017, V° Actes réglementaires, n° 29.
  - (5) trib. adm. 26 janvier 1999, n° 10662 du rôle





**Règlement grand-ducal du 8 mars 2018 portant abrogation du règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 60bis du Code de la sécurité sociale ;

Vu les avis de la Chambre de commerce et du Collège médical ;

Notre Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et de notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en conseil ;

*Arrêtons :*

**Art. 1<sup>er</sup>.**

Le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place est abrogé.

**Art. 2.**

Notre Ministre de la Sécurité sociale et notre Ministre de la Santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

*La Ministre de la Santé,*  
**Lydia Mutsch**

Palais de Luxembourg, le 8 mars 2018.  
**Henri**

*Le Ministre de la Sécurité sociale,*  
**Romain Schneider**





**Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et portant modification :**

- 1. du Code de la sécurité sociale ;**
- 2. de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ;**
- 3. de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales ;**
- 4. de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » ;**
- 5. de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » ;**
- 6. de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient ;**
- 7. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Notre Conseil d'État entendu ;

De l'assentiment de la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 7 février 2018 et celle du Conseil d'État du 20 février 2018 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

*Avons ordonné et ordonnons :*

**Art. 1<sup>er</sup>.**

(1) La présente loi est applicable :

1. aux hôpitaux ;
2. aux établissements d'accueil pour personnes en fin de vie ;
3. aux établissements de cures thermales ;
4. aux centres de diagnostic ;

qu'ils soient gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé.

Les établissements visés aux points 1. à 4. sont désignés par l'expression « établissement hospitalier ».

(2) Les établissements hospitaliers ont pour mission de dispenser dans leur domaine d'activités des soins de santé stationnaires ou ambulatoires dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, professionnel et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

Ils peuvent être autorisés par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, dénommé ci-après « le ministre », à accomplir une mission d'enseignement et de recherche en matière de santé ou toute autre mission de santé publique.

Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une personnalité juridique.

(3) Est considéré comme :

1. « hôpital », tout établissement ayant principalement une mission de diagnostic, de surveillance et de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique ainsi que de soins préventifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis ;

2. « centre hospitalier », tout hôpital assurant une large offre de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ;
3. « établissement hospitalier spécialisé », tout hôpital qui répond aux besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques et thérapeutiques ou à des affections particulières ;
4. « établissement d'accueil pour personnes en fin de vie », tout établissement qui a pour mission principale de dispenser des soins stationnaires à des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, à l'exclusion de soins à visée essentiellement curative ;
5. « établissement de cures thermales », tout établissement qui a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques ;
6. « centre de diagnostic », tout établissement qui répond à des besoins spécifiques de certaines prises en charge diagnostiques de patients, y compris les analyses de biologie médicale conformément à l'article 1<sup>er</sup> de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exclusion de tous les traitements et soins.

(4) Dans le cadre de l'exercice d'activités réservées à une profession réglementée du domaine de la santé, l'utilisation des termes « hôpital », « clinique », « centre de diagnostic » ou de tout autre terme pouvant être confondu avec ces trois termes dans la dénomination sur les notes d'honoraires ou dans des actes officiels est réservée aux établissements hospitaliers autorisés conformément à l'article 7.

## Art. 2.

(1) Sont considérés comme :

1. « unité de soins » : une unité fonctionnelle soit d'hospitalisation, soit médico-technique, prenant en charge des patients, située dans une même enceinte architecturale et relevant d'une dotation et d'une gestion communes ;
2. « service hospitalier » : unité d'organisation et de gestion comportant une ou plusieurs unités de soins où s'exerce l'activité médico-soignante de l'hôpital ;
3. « service national » : service hospitalier unique pour le pays regroupant les pathologies nécessitant le recours à des compétences, des équipements ou des infrastructures spécifiques. Il garantit la continuité des soins sur le plan national ;
4. « lits » : les lits hospitaliers qui sont de façon continue à la disposition des patients dans les services hospitaliers, en distinguant entre :
  - a) lits aigus ;
  - b) lits de moyen séjour ;
  - c) lits d'hospitalisation de longue durée.

Les lits d'hospitalisation de jour et lits-portes ne sont pas considérés comme lits au sens de l'alinéa qui précède ;

5. « lits aigus » : les lits, y compris les lits de soins intensifs, hormis les lits de moyen séjour et les lits d'hospitalisation de longue durée, les lits de soins intensifs étant des lits réservés aux patients nécessitant des soins intensifs ;
6. « lits de moyen séjour » : lits réservés à la rééducation et à la réhabilitation de patients ainsi que les lits de soins palliatifs ;

On entend par « lits de rééducation et de réhabilitation » : lits de moyen séjour des établissements hospitaliers et des services hospitaliers ayant pour mission la rééducation ou la réhabilitation sous ses différentes formes, que sont la rééducation et la réhabilitation fonctionnelle, la rééducation gériatrique, la réhabilitation physique et post-oncologique, la réhabilitation et la réadaptation de malades souffrant de troubles psychiques.
7. « lits d'hospitalisation de longue durée » : lits réservés aux soins hospitaliers de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles justifiant une surveillance médicale, une prise en charge de même que des soins particuliers et continus par du personnel spécifiquement qualifié ainsi que des traitements d'entretien ;
8. « lits d'hospitalisation de jour » : lits d'hôpital ou places situés dans un hôpital de jour ou un service de dialyse, réservés aux activités suivantes :
  - a) actes chirurgicaux ou interventionnels nécessitant une surveillance et des soins pré- ou post-interventionnels ;

b) autres actes diagnostiques et thérapeutiques avec ou sans sédation majeure, à savoir :

- explorations fonctionnelles et endoscopiques ;
- imagerie interventionnelle ;
- ponctions et biopsies non-chirurgicales ;

c) diverses prises en charge thérapeutiques :

- épuration extra-rénale ;
- chimiothérapie, antibiothérapie, immunothérapie intraveineuses ;
- transfusion de produits et dérivés sanguins cytophères ;
- traitements et prise en charge de situations spécifiques ;

d) soins de rééducation psychiatrique adulte, juvénile ou infantile ;

e) soins de revalidation, y compris gériatrique.

9. « lits-portes » : lits d'hôpital ou places situés dans l'enceinte d'un service d'urgence, exclusivement à la disposition des prises en charge urgentes nécessitant une présence médicale et une présence continue par du personnel soignant spécifiquement qualifié pendant une durée inférieure à 12 heures.

(2) Le nombre maximum de lits par catégories de lits pouvant être autorisé au niveau national est fixé à l'annexe 1.

La dénomination des différents types de service, les normes essentielles y afférentes, le nombre maximal au niveau national par type de service, le nombre minimal de lits par service et le nombre maximal de lits au niveau national par type de service figurent à l'annexe 2.

### **Art. 3.**

(1) Le ministre procède à une évaluation des besoins sanitaires de la population résidente sur base des données établies par la carte sanitaire, d'une évaluation démographique de la population résidente, de données relatives à l'état de santé de cette population ainsi que d'une comparaison internationale. Cette évaluation des besoins sanitaires nationaux a pour objectifs de :

1. définir les besoins au niveau national en établissements hospitaliers et en réseaux de compétences ;
2. définir les services hospitaliers autorisés et fixer leur nombre maximal au niveau national ;
3. fixer au niveau national un nombre maximal de lits pour l'ensemble des services de même dénomination, le nombre maximal de lits pouvant être autorisé.

(2) La carte sanitaire est un ensemble d'informations établi et mis à jour tous les deux ans par le ministre et constitué par :

1. l'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
2. l'inventaire des réseaux de compétences, de leurs services hospitaliers et de leurs membres extrahospitaliers, de leur organisation générale, du niveau de qualité des prestations et de leur taux d'utilisation ;
3. les motifs d'hospitalisation stationnaire et ambulatoire des patients admis dans un établissement hospitalier ;
4. le relevé des médecins agréés, de leur spécialité, des professions de santé et du personnel administratif et technique desdits établissements ;
5. l'inventaire des équipements et appareils soumis à une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières ;
6. l'inventaire des établissements ou services prestataires en milieu extrahospitalier collaborant activement avec le secteur hospitalier dans le cadre de réseaux de compétences ;
7. l'inventaire des services d'urgence et des modalités de prise en charge qui y sont proposées ;
8. le nombre et les motifs des transferts ou hospitalisations dans des établissements qui se trouvent à l'étranger ;
9. l'utilisation des prestations des établissements hospitaliers nationaux par des non-résidents.

Tous les établissements hospitaliers doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte sanitaire et à sa mise à jour biennale. À défaut de ce faire, le ministre n'accordera pas ou, le cas échéant, ne prorogera pas les autorisations dont question aux articles 7, 9 et 11.

(3) Le ministre doit recourir aux données dépersonnalisées des administrations publiques, des établissements publics ou d'autres organismes luxembourgeois ou étrangers, ainsi que des différents établissements hospitaliers, relatives :

1. aux séjours hospitaliers: données démographiques des patients, diagnostics, procédures médicales et des autres professions de santé, services d'hospitalisation et durée de séjour, mode d'entrée, provenance, mode de sortie, destination du patient après sortie ;
2. à l'utilisation des lits, lits d'hospitalisation de jour et équipements médicaux des établissements hospitaliers: la fréquence des différentes prestations par patient hospitalisé et ambulatoire, nombre de patients ;
3. à l'utilisation des services d'urgence: fréquence et distribution du recours à ces services, caractéristiques démographiques des patients et du degré d'urgence, mode d'entrée, provenance, mode de sortie et destination après sortie, taux d'utilisation des lits-portes au service d'urgence ;
4. à la fréquence et aux motifs d'un transfert à un établissement hospitalier situé à l'étranger ;
5. aux délais d'attente pour toutes les prestations hospitalières.

#### **Art. 4.**

(1) La gestion d'un hôpital ainsi que son exploitation sont assurées par un même organisme gestionnaire.

Un centre hospitalier peut être exploité sur un ou plusieurs sites.

Quatre centres hospitaliers peuvent être autorisés au maximum par le ministre. Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.

Un centre hospitalier doit disposer de 300 lits aigus au moins et peut être autorisé à exploiter 700 lits aigus au maximum. Il exploite des lits aigus sur au maximum deux sites hospitaliers. Pour chaque centre hospitalier, le nombre exact de lits est arrêté dans l'autorisation d'exploitation.

(2) Tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 :

1. Cardiologie
2. Chirurgie viscérale
3. Dialyse
4. Gastroentérologie
5. Gériatrie aiguë
6. Hospitalisation de jour chirurgicale
7. Hospitalisation de jour non chirurgicale
8. Imagerie médicale
9. Médecine interne générale
10. Neurologie
11. Obstétrique
12. ORL
13. Pneumologie
14. Psychiatrie aiguë
15. Soins intensifs et anesthésie
16. Soins palliatifs
17. Traumatologie et orthopédie
18. Urgence
19. Urologie

Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de néphrologie, doivent disposer d'un service de dialyse.

(3) Chaque centre hospitalier peut exploiter un des services hospitaliers suivants, dans le respect des dispositions de l'annexe 2 et dans la limite du nombre maximal autorisable au niveau national :

1. Chirurgie esthétique
2. Chirurgie vasculaire
3. Gynécologie
4. Neuro-vasculaire (stroke unit niveau 1)

5. Oncologie
6. Pédiatrie de proximité
7. Rééducation gériatrique

Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de pédiatrie spécialisée, peuvent être autorisés à exploiter un service de pédiatrie de proximité. Les centres hospitaliers, qui ne disposent pas du service national de chirurgie plastique, peuvent être autorisés à exploiter un service de chirurgie esthétique.

(4) Chacun des services hospitaliers suivants est qualifié de « service national » et, en tant que tel, son exploitation ne peut être autorisée que dans un seul hôpital :

1. Chirurgie pédiatrique
2. Chirurgie plastique
3. Hémato-oncologie
4. Hospitalisation de longue durée médicale
5. Immuno-allergologie
6. Maladies infectieuses
7. Médecine de l'environnement
8. Néonatalogie intensive
9. Néphrologie
10. Neurochirurgie
11. Stroke unit niveau 2
12. Ophtalmologie spécialisée
13. Pédiatrie spécialisée
14. Procréation médicalement assistée
15. Psychiatrie infantile
16. Psychiatrie juvénile
17. Soins intensifs pédiatriques
18. Urgence pédiatrique

Les services de chirurgie pédiatrique, de néonatalogie intensive, de pédiatrie spécialisée, de procréation médicalement assistée, de soins intensifs pédiatriques et d'urgence pédiatrique sont obligatoirement réunis dans un même centre hospitalier disposant d'une maternité de niveau 2, telle que définie à l'annexe 2.

(5) Un centre hospitalier qui en fait la demande peut être autorisé à exploiter 30 à 70 lits de moyen séjour dans le domaine de la rééducation gériatrique.

Un seul centre hospitalier peut être autorisé à exploiter 20 lits d'hospitalisation de longue durée au maximum.

(6) Les centres hospitaliers sont obligés de participer au service de garde.

Ils conviennent entre eux de l'établissement du plan du service de garde, le directeur de la Santé entendu en son avis. Ils communiquent ce plan pour approbation au ministre, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service de garde de chaque centre hospitalier. Tout changement à ce plan est immédiatement communiqué au ministre, qui est censé ratifier le changement, à moins de faire connaître sans délai son opposition. Dans ce cas, il doit prendre les mesures propres à assurer le fonctionnement du service. Si les centres hospitaliers n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service de garde, le ministre établit ce plan d'office.

(7) Un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles les services d'urgence doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.

(8) En cas de calamité publique ou de catastrophe, le ministre ou le membre du Gouvernement qui le remplace en cas d'empêchement peut prendre toutes les mesures que la situation exige, et même ordonner la réquisition des établissements hospitaliers et du personnel médical, soignant et technique qui leur est attaché. La réquisition est faite oralement ou par écrit à un responsable de l'établissement. Elle comporte pour celui-ci l'obligation d'avertir, en spécifiant qu'il agit sur ordre du ministre, un nombre suffisant de médecins et de membres du personnel soignant et technique pour assurer le service qui est demandé à l'établissement. Toute prestation effectuée en vertu de la réquisition par un établissement hospitalier ou par un médecin

donne droit à une indemnisation. Si celle-ci ne peut pas être obtenue de la part de la personne qui a bénéficié de la prestation ou de l'organisme de sécurité sociale dont elle relève, elle est à charge de l'État.

#### **Art. 5.**

(1) Les services hospitaliers nationaux suivants peuvent constituer un établissement hospitalier spécialisé de :

1. cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque avec un nombre maximum de 30 lits aigus pouvant y être autorisé ;
2. radiothérapie avec un nombre maximum de 2 lits aigus pouvant y être autorisé.

(2) L'établissement public dénommé « Centre hospitalier neuropsychiatrique » constitue un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation psychiatrique et exploite le service national de réhabilitation psychiatrique ainsi que le service d'hospitalisation de longue durée psychiatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 180 lits de moyen séjour et 67 lits d'hospitalisation de longue durée.

(3) L'établissement public dénommé « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » constitue un établissement hospitalier spécialisé en rééducation fonctionnelle et exploite le service national de rééducation fonctionnelle. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 100 lits de moyen séjour.

(4) Outre les services de rééducation gériatrique autorisés dans les hôpitaux, le ministre peut autoriser un établissement hospitalier spécialisé en rééducation gériatrique à exploiter un service de rééducation gériatrique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 40 lits de moyen séjour.

(5) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique. Le nombre maximum de lits pouvant y être autorisé ne peut être supérieur à 60 lits de moyen séjour.

(6) Pour chaque établissement hospitalier spécialisé, le nombre exact de lits autorisés est arrêté dans l'autorisation d'exploitation. Les établissements hospitaliers spécialisés visés aux paragraphes 2 à 5 doivent disposer de 30 lits au moins.

#### **Art. 6.**

(1) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie. Le nombre maximum de lits de cet établissement pouvant être autorisé ne peut être supérieur à 20 lits de moyen séjour. Le nombre exact de lits de l'établissement hospitalier qui est autorisé ci-avant est arrêté dans son autorisation d'exploitation.

(2) Le ministre peut autoriser au maximum un établissement de cures thermales.

(3) À l'exception du centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomopathologie visé à l'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé », aucun centre de diagnostic ne peut être autorisé par le ministre.

Le centre de diagnostic visé à l'alinéa précédent a pour objet de réaliser des examens en ce qui concerne :

- a) l'anatomie pathologique : les examens relevant de la cytologie et de l'histologie ;
- b) la génétique humaine : les examens portant sur l'hérédité ou non de malformations et d'anomalies, tant physiques que psychiques, la nature moléculaire de ces malformations et anomalies ou le fait d'être porteur de caractères héréditaires, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique.

#### **Art. 7.**

(1) L'exploitation et l'extension de tout établissement hospitalier sont soumises à l'autorisation du ministre conformément à la procédure prévue ci-dessous.

(2) L'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier sollicite, sur base d'un projet d'établissement, une autorisation d'exploitation auprès du ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(3) Ce projet d'établissement comporte :

1. la dénomination de l'établissement hospitalier ;
2. les objectifs et missions de l'établissement ;
3. la dénomination et la forme juridique de son organisme gestionnaire ;
4. l'organigramme général de l'établissement ;
5. le nombre ainsi que la localisation de ses sites et bâtiments hospitaliers ;
6. le nombre et le type de lits, y compris les lits d'hospitalisation de jour et de lits-portes, que l'établissement souhaite exploiter ;
7. le nombre et la localisation des services hospitaliers stationnaires et ambulatoires sollicités ;
8. les équipements ou les appareils soumis à planification nationale.

Au projet d'établissement est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(4) L'autorisation d'exploitation délivrée par le ministre à un établissement hospitalier reprendra les points 1. à 8. retenus ou rectifiés par le ministre suite à l'examen du projet d'établissement, y compris le nombre de lits autorisés pour chaque service.

(5) Lorsqu'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier modifie son projet d'établissement, il en avise le ministre, qui décide sur le bien-fondé de cette modification en respectant la procédure prévue au paragraphe 2 du présent article.

(6) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

#### **Art. 8.**

(1) Sur base de l'évaluation des besoins de santé sanitaires et dans la limite des besoins en lits et services hospitaliers autorisables en vertu de la présente loi, seuls peuvent être autorisés :

1. des projets de modernisation, d'extension ou de mise en conformité avec des normes de sécurité ou d'hygiène de structures hospitalières existantes ;
2. des projets de construction nouvelle en remplacement de structures existantes ou résultant de synergies ou de coopérations entre plusieurs établissements hospitaliers existants entraînant une désaffectation des structures hospitalières remplacées ou leur réaffectation à une destination hospitalière dûment autorisée ;
3. des projets de réaménagement ou de transformation de structures existantes visant à favoriser la prise en charge ambulatoire dans un service d'hospitalisation de jour tel que défini à l'annexe 2.

(2) Seuls les projets mentionnés aux points 1. à 3. sont financés par le biais du fonds pour le financement des infrastructures hospitalières au titre de l'article 15.

#### **Art. 9.**

(1) L'exploitation d'un service hospitalier ainsi que toute demande de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier doit être soumise par l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier pour autorisation au ministre qui décide après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

(2) Par extension d'un service hospitalier, on entend l'augmentation des surfaces architecturales destinées à l'accueil et au séjour des patients ou l'augmentation du nombre des lits. Une extension limitée en mètres carrés pour des petits travaux d'agrandissement de fonctions existantes, et qui ne donnent pas lieu à de nouvelles fonctionnalités, n'est pas considérée comme une extension de service.

(3) Par modernisation d'un service hospitalier, on entend les adaptations nécessaires pour que ce service puisse se conformer aux normes de sécurité ou d'hygiène, aux critères contenus dans les définitions de services visés à l'annexe 2 ou dans les normes réglementaires prévues à l'article 10.

(4) La demande d'exploitation d'un service doit être accompagnée, pour chaque service hospitalier, d'un projet de service cohérent avec le projet d'établissement visé à l'article 7 et respectant les critères fixés dans

les définitions de services prévues à l'annexe 2 ainsi que d'autres normes déterminées par règlement grand-ducal conformément à l'article 10.

(5) Ce projet de service comporte :

1. la dénomination du service, le type de patients et de pathologies pris en charge et le volume d'activités attendu ;
2. les unités de soins au sens de l'article 2, stationnaires, ambulatoires, médico-techniques ou autres qui le constituent ainsi que les liens organisationnels et fonctionnels entre elles et avec d'autres services hospitaliers ;
3. les ressources humaines, l'organigramme, les équipements y affectés spécifiquement, le nombre de lits et le type de lits ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation de jour ou de lits-portes ;
4. la localisation principale du service et de ses antennes éventuelles sur un ou plusieurs sites hospitaliers ;
5. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins ;
6. la prise en charge dans laquelle les activités médicales et chirurgicales du service s'inscrivent ;
7. le volume d'activités en cas d'extension et de modernisation d'un service hospitalier ou de prorogation d'autorisation d'un service hospitalier ;
8. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.

Au projet de service est joint l'avis y relatif du Conseil médical.

(6) Chaque établissement hospitalier ne peut disposer que d'un seul service hospitalier de la même nature et sur un site unique. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un établissement multi-sites, un service hospitalier autorisé peut comprendre une unité de soins située sur un autre site hospitalier du même établissement hospitalier. Dans ce cas, l'unité est considérée comme une « antenne de service ».

(7) L'antenne de service répond aux conditions ci-après :

1. assurer une amélioration objective de l'accessibilité des soins prodigués par le service hospitalier correspondant ;
2. être en liaison fonctionnelle étroite avec le service hospitalier ;
3. disposer de la même équipe de médecins spécialisés pour assurer la continuité des soins dans le service hospitalier et son « antenne », et appliquer les mêmes procédures de prise en charge.

Une « antenne de service » peut également être exploitée par un établissement hospitalier ne disposant pas du service hospitalier en question, sur base d'une convention de collaboration interhospitalière avec un établissement hospitalier disposant d'un tel service, dont le projet de service reprend les modalités de cette collaboration.

(8) Un établissement hospitalier ne peut bénéficier des subventions financières étatiques visées à l'article 15 au profit des services hospitaliers qu'à condition de disposer d'une autorisation d'exploitation valable.

#### **Art. 10.**

Les normes des services hospitaliers mentionnées aux articles 4 et 5 et qui figurent à l'annexe 2 peuvent être précisées par règlement grand-ducal en ce qui concerne :

1. l'aménagement, l'organisation générale ainsi que le taux d'occupation du service ;
2. les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation ;
3. le niveau de continuité de service à respecter ;
4. l'environnement, l'infrastructure et l'architecture requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service ;
5. les procédures, les activités ainsi que les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité ;
6. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.

#### **Art. 11.**

(1) La première autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier, suite à la procédure prévue aux articles 7 et 9, est accordée pour une durée maximale de cinq ans.

(2) Les autorisations mentionnées au paragraphe précédent sont prorogées à chaque fois pour une durée maximale de cinq ans. L'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier peut être adaptée avant l'échéance de cinq ans. Au cas où un organisme gestionnaire modifie son projet d'établissement ou de service, et que ce changement affecte les conditions de l'autorisation d'exploitation, il sollicite une adaptation de son autorisation d'exploitation avant son délai d'échéance.

(3) La demande de prorogation est faite par l'organisme gestionnaire moyennant une lettre recommandée à adresser au ministre au plus tard six mois avant l'échéance de l'autorisation.

À l'appui de la demande visée à l'alinéa qui précède, l'organisme gestionnaire doit établir :

1. pour la prorogation de l'autorisation d'exploitation, que l'établissement hospitalier continue à respecter, son projet d'établissement ;
2. pour la prorogation des autorisations de services hospitaliers, que l'établissement hospitalier continue à respecter, toutes les prescriptions des définitions des services mentionnées à l'annexe 2 ainsi que les normes réglementaires fixées conformément à l'article 10.

(4) Sans préjudice du paragraphe 2 et de l'article 12 ci-après et après avoir demandé l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre peut refuser :

1. l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou sa prorogation s'il ne respecte plus son projet d'établissement ou s'il ne répond plus aux besoins sanitaires nationaux ;
2. l'autorisation d'exploitation d'un service hospitalier ou sa prorogation s'il ne répond pas aux prescriptions des définitions mentionnées à l'annexe 2, aux normes déterminées conformément à l'article 10 ou aux besoins sanitaires nationaux.

(5) En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier ou de fermeture d'un site hospitalier, le ministre fixe le délai endéans lequel l'établissement hospitalier, le service hospitalier ou le site hospitalier doit être fermé. Ce délai est de deux ans au maximum dans le cas de la fermeture d'un établissement hospitalier ou d'un site hospitalier. Dans le cas d'un service hospitalier, ce délai est d'un an au maximum.

(6) Aux termes des délais visés au paragraphe précédent, l'organisme gestionnaire doit cesser l'exploitation de l'établissement hospitalier, du service hospitalier ou toute activité sur le site hospitalier.

## **Art. 12.**

(1) Lorsqu'il appert, au vu d'un rapport du directeur de la Santé, qu'un établissement ou service hospitalier :

1. ne répond pas aux conditions mentionnées aux définitions de l'annexe 2 ou aux normes déterminées conformément à l'article 10, ou
2. ne dispose pas des autorisations d'exploitation requises en vertu des articles 7 et 9 ;
3. contrevient aux autres dispositions de la présente loi ;
4. ne répond plus aux besoins sanitaires déterminés conformément à l'article 3 ;

le ministre met l'organisme gestionnaire de l'établissement concerné en demeure de se conformer aux procédures, définitions et normes dans un délai qu'il fixera et qui sera inférieur à un an.

(2) Passé ce délai et à défaut par l'organisme gestionnaire de s'être conformé aux prescriptions, le ministre peut ordonner endéans les délais prévus à l'article 11, paragraphe 5, la fermeture de l'établissement ou du service après avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ces avis doivent être fournis dans le mois de leur saisine.

(3) Lorsque des raisons urgentes de santé publique le justifient, le ministre, au vu d'un rapport du directeur de la Santé et après avoir entendu l'organisme gestionnaire concerné, peut ordonner, par décision motivée et à titre provisoire, la fermeture immédiate d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier. Le ministre en informe immédiatement le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier. Ceux-ci doivent fournir leurs avis dans un délai d'un mois. Après avoir reçu communication de l'avis du Collège médical et de la Commission permanente pour le secteur hospitalier, le ministre prend une décision définitive dans le délai d'un mois. La décision est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée.

**Art. 13.**

L'organisme gestionnaire qui veut cesser l'exploitation totale d'un établissement hospitalier ou d'un service hospitalier doit en aviser au préalable le ministre au moins un an à l'avance. Ce délai peut être abrégé par le ministre à la demande de l'organisme gestionnaire si aucune raison majeure de santé publique ne s'y oppose.

**Art. 14.**

(1) Les équipements et appareils médicaux ainsi que leur nombre, qui soit en raison de leur coût soit en raison du personnel hautement qualifié que leur utilisation requiert, sont considérés comme équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières sont déterminés à l'annexe 3.

(2) Tout établissement hospitalier ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser un appareil ou un équipement hospitalier mentionné au paragraphe 1<sup>er</sup> ou un équipement ou appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros doit soumettre son projet à l'autorisation du ministre qui sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. La demande d'autorisation doit être accompagnée d'une analyse des coûts et des charges du personnel qui utilise cet équipement ou appareil, des coûts de formation de ce personnel et des coûts d'entretien relatifs à cet équipement ou appareil.

(3) Le choix des établissements hospitaliers dans lesquels peuvent être installés les équipements prévus au paragraphe 1<sup>er</sup> se fait en fonction d'une activité correspondante adéquate ainsi que de l'attribution des services hospitaliers dont ils relèvent, pour ce qui est des équipements uniques, de la disponibilité d'autres équipements et ressources indispensables ou utiles au fonctionnement de l'équipement à installer.

(4) L'autorisation d'exploitation de chaque établissement mentionnera le lieu d'installation des appareils et équipements visés au paragraphe 1<sup>er</sup>.

(5) Un règlement grand-ducal peut déterminer les conditions d'accès et d'utilisation des appareils et équipements médicaux mentionnés au paragraphe 1<sup>er</sup> par des usagers extérieurs à l'établissement propriétaire, le Collège médical et la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandés en leurs avis.

**Art. 15.**

L'État participe à raison de 80 pour cent aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre conformément à l'article 17, la Commission permanente pour le secteur hospitalier demandée en son avis et qui ont trait :

1. aux équipements et appareils dont question à l'article 14, paragraphe 1<sup>er</sup> ;
2. aux projets visés aux points 1. à 3. de l'article 8 :
  - a) lorsqu'un tel projet concerne un centre hospitalier et dépasse un montant de 500.000 euros hors TVA ;
  - b) lorsqu'un tel projet concerne un établissement hospitalier spécialisé mentionné à l'article 5 ou un autre établissement hospitalier mentionné à l'article 6 et dépasse un montant de 250.000 euros hors TVA.

**Art. 16.**

(1) Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des activités et bénéficier à ce titre des subventions prévues à l'article qui précède, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

(2) L'allocation de l'aide financière pour les projets en commun suit les mêmes règles que pour les projets individuels des établissements hospitaliers, en ce qui concerne la définition des parties subventionnables et des besoins des établissements hospitaliers.

**Art. 17.**

(1) En vue d'obtenir une subvention conformément aux dispositions qui précèdent, la direction d'un établissement hospitalier doit présenter une demande au ministre. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives requises. Elle est instruite par la Commission permanente pour le secteur hospitalier conformément aux dispositions de l'article 22.

(2) Un règlement grand-ducal détermine les modalités détaillées de la procédure de demande, notamment en ce qui concerne :

1. les délais et modalités d'instruction du dossier ;
2. les pièces justificatives à joindre ;
3. une étude des besoins et de l'impact sur le système de santé ainsi que l'étendue et les modalités de cette étude.

(3) La subvention est allouée par décision du ministre.

#### **Art. 18.**

(1) Il est institué un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières appelé par la suite « fonds », conformément aux articles 76 et 77 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État.

Le fonds est destiné à honorer les engagements pris par l'État conformément à l'article 15, point 2. ainsi qu'à l'article 16, y compris les frais financiers, à condition que chaque établissement hospitalier fasse parvenir au ministre les factures dont il sollicite le remboursement au plus tard dans les six mois à compter de la date de la facture ou de la libération de garantie.

(2) Les subventions pour équipements et appareils nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières qui sont sollicitées par les établissements hospitaliers conformément à l'article 15, point 1., sont à charge du budget de l'État et non du fonds.

(3) Le fonds est placé sous l'autorité du ministre et alimenté par des dotations budgétaires annuelles.

Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement.

(4) Les subventions prévues à la présente loi sont accordées sur base de conventions signées avec les maîtres d'ouvrage respectifs telles que prévues à l'article 1<sup>er</sup>, dernier alinéa de la loi modifiée du 21 juin 1999 autorisant l'État à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers.

Ces conventions prévoient les modalités de contrôle par rapport à la conformité des investissements autorisés et de la liquidation des subventions consenties.

(5) La liquidation, à charge du fonds, des subventions accordées au titre d'un projet d'investissement déterminé est effectuée, le cas échéant, après déduction des avances éventuellement déjà accordées au titre du même projet d'investissement.

#### **Art. 19.**

Pour chaque projet pour lequel la participation étatique visée à l'article 15 dépasse le seuil fixé à l'article 80 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État, une loi spéciale fixe le montant des subventions à charge du fonds à ne pas dépasser.

#### **Art. 20.**

(1) Les bénéficiaires des subventions régies par la présente loi perdent les avantages qui leur ont été consentis si, avant l'expiration d'un délai de 5 ans pour les investissements mobiliers et d'un délai de 20 ans pour les investissements immobiliers, à partir de leur octroi, ils :

1. aliènent à titre onéreux, cèdent ou échangent les biens mobiliers ou immobiliers en vue desquels les subventions ont été consenties, ou
2. modifient l'affectation originaires des biens mobiliers ou immobiliers.

La perte des avantages est calculée au prorata du temps restant à courir jusqu'à la fin des délais respectifs prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

(2) Sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe 1<sup>er</sup>, les subventions financières restent acquises si les biens mobiliers ou immobiliers continuent d'être affectés à une utilisation poursuivant un objectif de santé publique ou un objectif de service public.

(3) L'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier qui souhaite aliéner à titre onéreux, céder, échanger ou modifier un bien mobilier ou immobilier qui a fait l'objet d'un subventionnement au titre de la présente loi, doit en informer le ministre par lettre recommandée au plus tard trois mois avant l'opération envisagée.

#### **Art. 21.**

(1) Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux ci-après dénommé le « commissaire » est nommé par le ministre.

Pour pouvoir être nommé commissaire, le candidat doit remplir les conditions pour l'admission à l'examen-concours d'admission au stage du groupe de traitement A1.

(2) Les missions du commissaire consistent à :

1. exercer un droit d'information et de contrôle sur l'activité des établissements hospitaliers ainsi que sur leur gestion technique, administrative et financière ;
2. contrôler le respect des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution ;
3. contrôler l'affectation des subventions publiques versées au titre de l'article 15 ;
4. faire toute proposition en relation avec une meilleure utilisation des ressources ;
5. faciliter les projets d'intérêt commun ou de mutualisation des établissements hospitaliers.

Pour l'exécution de sa mission le commissaire peut requérir l'assistance des services d'un établissement hospitalier. Il a le droit, aussi souvent qu'il le juge utile, de demander rapport aux organes de direction et de gestion des établissements hospitaliers ainsi que de prendre connaissance, même sans se déplacer, des livres, comptes et autres documents des établissements hospitaliers.

(3) Le commissaire assiste avec voix consultative aux assemblées générales et aux réunions des organismes gestionnaires de tous les établissements hospitaliers. Les avis de convocation contenant l'ordre du jour de ces assemblées et réunions lui sont adressés en même temps qu'aux membres des organes statutaires. Il obtient tous les documents et renseignements fournis à ces membres. Il doit être entendu en ses observations à chaque fois qu'il le demande.

Le commissaire suspend l'exécution des décisions d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, lorsqu'il estime que celles-ci sont contraires aux lois, aux règlements et aux conventions conclues avec l'État. Il fait acter son veto. Si, dans le mois de la suspension, l'organisme gestionnaire de l'établissement hospitalier visé n'a pas été informé des suites que le ministre a réservées à ce veto, la suspension est présumée levée et la décision peut être mise à exécution.

#### **Art. 22.**

(1) Une Commission permanente pour le secteur hospitalier, ci-après dénommé « Commission », exerce des fonctions consultatives auprès du ministre et du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions et a pour mission d'aviser :

1. toute modification à la présente loi ;
2. les demandes de subventions financières des établissements hospitaliers telle que prévues aux articles 15 et 16 ;
3. les demandes d'autorisation de création, de modernisation ou d'extension d'un établissement hospitalier conformément à l'article 7 ;
4. les demandes d'autorisation de création, d'extension ou de modernisation d'un service hospitalier conformément à l'article 9 ;
5. les demandes de prorogation des demandes visées aux points 3 et 4 du présent article et ce conformément à l'article 11 ;
6. tous les projets de règlements grand-ducaux qui sont applicables aux établissements hospitaliers ;
7. tout projet de création d'un réseau de compétences conformément à l'article 28.

(2) Dès qu'il apparaît à un maître d'ouvrage qu'un projet de modernisation ou de construction d'un établissement hospitalier financé conformément à l'article 15 dépasse de 5 pour cent le montant global arrêté dans la convention de financement prévue à l'article 18 paragraphe 4, pour autant que ce montant soit supérieur à 50.000 euros, il doit saisir dans les deux mois de cette constatation la Commission qui

est demandée une nouvelle fois en son avis sur ce projet avec toutes les pièces justifiant ce dépassement de budget. Le subventionnement de ce dépassement par le fonds est ensuite soumis pour autorisation au ministre.

(3) La Commission peut, de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre sanitaire, financier ou administratif portant amélioration du système et des services hospitaliers.

La Commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant du secteur hospitalier.

(4) La Commission se compose :

1. de deux représentants du ministre dont l'un est le directeur de la Santé ou son représentant ;
2. de deux représentants du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale dont l'un est le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son représentant ;
3. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions le budget ;
4. de trois représentants de la Caisse nationale de santé dont l'un est le président ou son représentant ;
5. de deux représentants proposés par le groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ;
6. de deux représentants des professions de la santé dont l'un est médecin proposé par l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes et l'autre professionnel de santé proposé par le Conseil supérieur de certaines professions de santé.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre.

Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste aux réunions de la Commission avec voix consultative.

(5) La Commission est présidée par le directeur de la Santé ou son représentant. Elle peut se constituer en sous-commissions de travail et s'adjoindre des experts. Les avis de la Commission sont pris dans un délai fixé par le ministre qui ne peut être supérieur à six mois, à la majorité des voix, chaque membre pouvant faire constater son vote au procès-verbal et y faire joindre un exposé de ses motifs. Le vote séparé et l'exposé des motifs sont transmis aux ministres compétents. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

(6) Si les représentants de la Caisse nationale de santé estiment que la décision à prendre comporte des répercussions financières importantes pour l'assurance maladie-maternité, ils peuvent demander une prolongation du délai fixé afin de faire examiner la proposition soumise par expertise à charge de la Caisse nationale de santé. La prolongation doit être accordée par le ministre et ne saurait être inférieure à trois mois.

(7) Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la Commission, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts et du secrétaire administratif.

Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la Commission sont à charge du budget de l'État.

### **Art. 23.**

(1) L'organisme gestionnaire arrête la politique générale, les choix stratégiques et définit les activités de l'établissement. Il exerce le contrôle sur les activités de l'établissement.

(2) Il assume les fonctions suivantes :

1. il engage et licencie le directeur général ;
2. il engage et licencie le directeur médical, le directeur des soins et le directeur administratif et financier sur proposition du directeur général ;
3. il arrête le règlement général de l'établissement hospitalier ;
4. il arrête le budget annuel et les comptes annuels ;
5. il arrête le rapport d'activité ;
6. il approuve les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ;
7. il approuve les emprunts ;
8. il approuve les dons et legs.

(3) Par organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, on entend l'organe qui, selon le statut juridique de l'établissement hospitalier, est chargé de la gestion et de l'exploitation de l'établissement.

(4) La gestion et l'exploitation d'un établissement hospitalier autorisé selon les dispositions de la présente loi ne peuvent être assurées que par un seul gestionnaire. Le Conseil médical de l'établissement hospitalier doit être représenté avec au moins une voix délibérative et une voix consultative au sein de l'organisme gestionnaire. La même représentation doit être garantie pour la délégation du personnel au sein de l'organisme gestionnaire sans préjudice des dispositions des articles L.426-1, L.426-2 et L.426-3 et suivants du Code du travail qui s'appliquent aux établissements hospitaliers qui revêtent la forme juridique y visée.

(5) Les membres de l'organisme gestionnaire agissent dans l'intérêt de l'établissement hospitalier.

Ne peuvent devenir membres d'un organisme gestionnaire le ou les fonctionnaires qui, en vertu de leurs fonctions, sont appelés à surveiller ou à contrôler l'établissement hospitalier ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs ou signent des ordonnances de paiement ou d'autres pièces administratives entraînant une dépense de l'État en faveur de l'établissement hospitalier.

Il est interdit à tout membre d'un organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier d'être présent aux délibérations sur des objets auxquels il a un intérêt direct, soit personnellement, soit comme chargé d'affaires ou fondé de pouvoir ou auxquels, son conjoint, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclusivement ont un intérêt personnel et direct. Cette interdiction s'applique tant aux discussions qu'au vote. Mention en est faite au procès-verbal de la réunion de l'organisme gestionnaire.

#### **Art. 24.**

(1) L'organisme gestionnaire adopte le règlement général de l'hôpital.

Le règlement général porte sur :

1. les objectifs et les modalités du fonctionnement hospitalier et notamment des actions concourant à une prise en charge globale des patients, à la prévention de la dépendance et à l'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières ;
2. la qualité des prestations globales et spécifiquement celles dans le domaine médical et des soins ;
3. le système d'information, l'utilisation rationnelle et scientifique des médicaments et des équipements ;
4. l'organisation médicale, des soins et administrative ainsi que le mode d'exercice de la médecine, des soins et de leurs disciplines annexes ;
5. l'organigramme et le tableau des effectifs du personnel, les règles concernant l'engagement, l'emploi, le remplacement et les tâches des différentes catégories de personnel ;
6. la politique sociale et de formation continue du personnel ;
7. le règlement d'ordre intérieur relatif aux dispositions concernant les patients et les visiteurs ;
8. l'organisation et le contrôle de la prévention et du contrôle de l'infection nosocomiale ;
9. les règlements de sécurité et les plans d'intervention pour faire face aux catastrophes et événements analogues ;
10. la prévention et l'élimination des déchets.

(2) Les différentes parties du règlement général et leurs mises à jour sont portées à la connaissance du ministre et des personnes concernées par tout moyen approprié.

#### **Art. 25.**

(1) Dans chaque hôpital, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

(2) Tout hôpital fournit au comité national de gestion interhospitalière visé à l'article 28 un rapport annuel portant sur les données et informations recueillies et traitées par le système de signalement, les actions entreprises en matière de lutte contre les événements indésirables et un rapport biennal portant sur la culture de sécurité des soins dans l'établissement.

**Art. 26.**

(1) Tout hôpital doit se doter, seul ou en association avec un ou plusieurs autres hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, d'un comité d'éthique hospitalier.

(2) L'organisme gestionnaire compose le comité d'éthique de manière à assurer une diversité des compétences tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques. Il est mis en place par l'organisme gestionnaire de l'hôpital, ou, dans le cas d'un comité compétent pour plus d'un hôpital, par décision conjointe de leurs organismes gestionnaires. Le comité peut comprendre tant des membres extérieurs à l'hôpital que des membres attachés à celui-ci.

(3) Le comité d'éthique hospitalier a pour attribution :

1. de fournir, en l'absence de disposition de fin de vie ou de directive anticipée une aide à la décision au patient ou à ses proches, si le patient n'est plus en état de s'exprimer, ainsi qu'aux médecins traitants hospitaliers, chaque fois qu'une pluralité de démarches peut être envisagée du point de vue médical et que le choix entre elles donne lieu à des dilemmes éthiques ;
2. de préparer des orientations internes à l'hôpital pour autant qu'elles concernent des questions d'éthique.

Tout membre du personnel ainsi que tous les médecins exerçant à l'hôpital peuvent émettre des suggestions au comité d'éthique hospitalier en vue de l'établissement de ces orientations internes.

(4) Dans l'exercice de sa mission définie sous 1. au paragraphe qui précède, le comité d'éthique émet ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital. Ces avis sont confidentiels et non contraignants. Le comité d'éthique est en droit d'obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

**Art. 27.**

(1) Aucun essai, étude ou expérimentation clinique ne peut être pratiqué sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sans autorisation préalable du ministre, les avis de la Direction de la santé et du Comité national d'éthique de recherche ayant été demandés au préalable.

(2) Le Comité national d'éthique de recherche est composé, outre d'une majorité de personnes ayant des compétences en médecine, en pharmacie, en biologie ou en chimie, de personnes ayant des compétences dans les domaines éthique, social ou juridique. Les membres du comité sont nommés par le ministre. La proportion des membres du comité de chaque sexe ne peut être inférieure à quarante pour cent.

L'organisation et le fonctionnement du Comité national d'éthique de recherche, le montant précis des taxes à percevoir ainsi que l'indemnisation de ses membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, font l'objet d'un règlement grand-ducal.

(3) Le Comité national d'éthique de recherche émet ses avis en toute indépendance. Si et dans la mesure où l'avis du Comité national d'éthique de recherche n'est pas favorable au projet ou le soumet à des conditions ou restrictions jugées inacceptables par le promoteur de la recherche, celui-ci ne peut passer outre qu'après en avoir référé au ministre, dont la décision est contraignante pour le promoteur de la recherche et l'investigateur.

Ni l'avis du comité ni la décision du ministre ne dégagent le promoteur de la recherche ou l'investigateur de leur responsabilité.

(4) Le promoteur ou, à défaut l'investigateur, souscrit une assurance couvrant sa responsabilité et celle de tous les intervenants.

Une taxe d'un montant maximal de 2.000 euros est due pour toute demande d'autorisation en vue de la décision visée au paragraphe 1<sup>er</sup>.

Une taxe d'un montant maximal de 600 euros est également due en cas de demande de modification ou de renouvellement de l'autorisation.

Une taxe d'un montant maximal de 20 euros est due en cas d'établissement d'un duplicata du document attestant les autorisations visées aux alinéas précédents.

La taxe est à acquitter moyennant un versement ou un virement sur un compte bancaire de l'Administration de l'enregistrement et des domaines, comprenant indication de l'identité du requérant ainsi que l'objet du

virement ou versement. La preuve de paiement est à joindre à la demande et constitue une pièce obligatoire du dossier.

#### **Art. 28.**

(1) Un « réseau de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.

(2) Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :

1. accidents vasculaires cérébraux (1) ;
2. cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;
3. affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;
4. diabète et obésité morbide de l'adulte (1) ;
5. diabète et obésité morbide de l'enfant (1) ;
6. immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;
7. maladies psychosomatiques (1) ;
8. douleur chronique (1) ;
9. maladies neuro-dégénératives (1).

(3) La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion interhospitalière mentionné au paragraphe 5. Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.

(4) Ce projet précise :

1. les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté ;
2. les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés ;
3. les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le réseau ;
4. les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;
5. les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau ;
6. l'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science ;
7. la composition et la mission du Conseil scientifique ;
8. le contenu minimal du rapport d'activité annuel ;
9. les modalités d'évaluation et d'assurance qualité des prestations ;
10. le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées.

Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique.

Le projet de réseau de compétences ne peut être soumis au ministre que si au moins la moitié des membres du Comité de gestion interhospitalière visé au paragraphe 5 y donnent un avis favorable.

(5) Il est créé un Comité de gestion interhospitalière qui est composé des membres suivants :

1. quatre membres désignés par les directions des hôpitaux ;
2. deux représentants des conseils médicaux ;
3. deux représentants du Conseil supérieur de certaines professions de santé ;
4. un représentant du ministre ;
5. un représentant du ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions ;
6. un membre représentant les établissements de recherche ;
7. le directeur de la Santé ou son représentant ;
8. un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ;

9. en cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée.

(6) Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les membres effectifs et suppléants sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable par arrêté grand-ducal sur proposition du ministre. Le Président du comité est nommé par arrêté grand-ducal parmi ses membres sur proposition du ministre. La proportion de chaque sexe des membres du comité ne peut être inférieure à quarante pour cent.

Le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux assiste comme observateur aux réunions du comité.

Le comité peut s'adjoindre les experts qu'il estime nécessaire.

(7) Le comité a pour mission de :

1. soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau ;
2. de retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences ;
3. de proposer les modalités de collaboration entre les services nationaux et les différents hôpitaux ;
4. d'élaborer des projets de mutualisation interhospitalière ;
5. de proposer les modalités de collaboration des médecins exerçant dans les réseaux de compétences et dans les services nationaux ;
6. de définir le système d'assurance qualité des prestations hospitalières, d'assurer la coordination nationale de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières dans les établissements hospitaliers et d'en dresser un état dans un rapport annuel.

(8) Les modalités relatives à la coordination de la politique de promotion de la qualité des prestations hospitalières et à la coordination des structures mises en place dans les établissements hospitaliers conformément à l'article 25, ainsi que les indemnités des membres du comité qui n'ont pas le statut d'agent de l'État, y compris celle des experts, sont définies par règlement grand-ducal.

Le comité a accès, sous une forme dépersonnalisée, aux données et informations nécessaires à l'exécution de ses missions.

Un règlement d'ordre intérieur détermine les modalités de fonctionnement du comité.

(9) L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences délivrée par le ministre mentionnera les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau de compétences.

La première autorisation d'exploitation et les prolongements successifs de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences sont valables pour une durée de cinq ans.

L'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences est à chaque fois prorogée pour une durée de cinq ans, à condition que les établissements hospitaliers faisant partie du réseau de compétences adressent une lettre recommandée dans un délai de six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre confirmant qu'ils respectent toujours leur projet de réseau de compétences.

Sans préjudice de l'alinéa précédent, le ministre ne peut refuser la prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences que si ce dernier ne respecte plus son projet de réseau de compétences ou qu'il ne corresponde plus aux besoins sanitaires nationaux.

En cas de non-prorogation de l'autorisation d'exploitation d'un réseau de compétences, le ministre fixe le délai endéans lequel le réseau doit être fermé. Ce délai est au maximum de deux ans.

## **Art. 29.**

(1) Dans chaque hôpital la direction est confiée à un directeur général, nommé par l'organisme gestionnaire et exclusivement responsable devant celui-ci.

(2) Le directeur général de tous les hôpitaux, à l'exception de celui des hôpitaux visés à l'article 5, paragraphes 4 et 5 doit disposer d'une autorisation d'exercer la médecine au sens de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. Le directeur général doit aussi pouvoir se prévaloir d'une formation certifiée en gestion hospitalière et d'une expérience de deux années au moins dans le domaine de la gestion hospitalière.

(3) Le directeur général est lié à l'hôpital par un contrat de louage de services.

En cas d'empêchement ou de vacance de poste de directeur général, ses fonctions sont exercées temporairement par un des directeurs visés à l'article 31 à désigner par l'organisme gestionnaire.

**Art. 30.**

(1) Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

(2) Le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui dévolues par celui-ci. Il assure la gestion journalière de l'établissement et organise son fonctionnement. L'organisme gestionnaire définit les attributions du directeur général devant lui permettre d'assumer la mise en œuvre de ses missions. Le directeur général rend compte à l'organisme gestionnaire de sa gestion et sur les activités de l'établissement.

(3) Les fonctions de directeur général sont incompatibles avec celle de membre de l'organisme gestionnaire.

**Art. 31.**

(1) Dans les hôpitaux de plus de 200 lits, le directeur général est assisté par un directeur des soins, un directeur médical ainsi qu'un directeur administratif et financier. Le directeur général est le chef hiérarchique du directeur médical, du directeur des soins et du directeur administratif et financier de l'établissement.

En cas d'empêchement ou de vacance de poste visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> de ce paragraphe, les fonctions de ceux-ci sont exercées par le directeur général de l'établissement.

Les directeurs des soins, médical ainsi qu'administratif et financier répondent de leur gestion au directeur général.

(2) Chaque hôpital de plus de 200 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique.

Le département médical se trouve sous l'autorité du directeur médical, le département des soins sous l'autorité du directeur des soins et le département administratif et technique sous l'autorité du directeur administratif et financier.

Un Conseil de direction comprenant tous les directeurs est institué en vue de la coordination de l'activité hospitalière. Le Conseil de direction et le Conseil médical visés à l'article 32 se réunissent au moins six fois par an afin de se concerter sur toutes les questions relatives à l'organisation médicale.

(3) Le directeur médical doit être médecin. Il a pour mission de mettre en place, sous l'autorité du directeur général auquel il rapporte, la politique médicale générale définie par l'organisme gestionnaire et les actions décidées en Conseil de direction pour le département médical. Il participe à la conception et au pilotage du projet médical d'établissement.

(4) Le directeur médical propose à l'instance dotée du pouvoir de nomination les engagements, les agréments ou révocations de médecins. Ces propositions ne pourront se faire qu'après avoir entendu le Conseil médical en son avis.

(5) Le directeur médical s'assure, assisté par le médecin-coordonateur concerné et dans le respect des compétences légales et réglementaires attribuées au Conseil médical, de la bonne application du règlement général ainsi que des prescriptions de l'article 33.

Il est assisté par les médecins-coordonateurs pour définir les objectifs à atteindre en relation avec le projet médical d'établissement et les efforts de standardisation des procédures thérapeutiques et de matériel médical.

(6) Des médecins-coordonateurs, nommés par l'organisme gestionnaire, participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services hospitaliers conformément aux objectifs du ou des projet(s) de service afférents et aux orientations du projet d'établissement.

(7) Ils assurent des fonctions de coordination et de planification de l'activité médicale du ou des service(s) et veillent :

1. au bon fonctionnement du ou des services et à la qualité des prestations ;
2. à la standardisation de la prise en charge des patients ;

3. à l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Ils exercent leurs missions en collaboration avec le responsable des soins et le pharmacien responsable.

(8) Les médecins-coordonateurs disposent dans l'exercice de leurs missions d'un droit de regard sur l'activité de tous les intervenants du ou des services.

(9) Un règlement grand-ducal précise le statut, les missions et les attributions des médecins-coordonateurs, ainsi que les modalités de leur désignation.

### **Art. 32.**

(1) Chaque hôpital dispose d'un Conseil médical.

Le Conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital.

Les membres du Conseil médical sont élus par les médecins exerçant à l'hôpital ainsi que par les pharmaciens et chefs de laboratoire.

Le Conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée de ses électeurs convoquée à cet effet.

(2) Le Conseil médical veille à la discipline des professionnels qu'il représente, au respect des dispositions légales et réglementaires et des règles de déontologie les concernant ainsi qu'aux bonnes relations entre les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire, sans préjudice des attributions du Collège médical, du directeur général et directeur médical.

Le Conseil médical est appelé à donner son avis sur les questions suivantes :

1. le règlement général ;
2. le budget prévisionnel de l'établissement, le bilan et les comptes de profits et pertes ;
3. les projets de constructions, grosses réparations et transformations ;
4. les créations, transformations ou suppressions de services médicaux ou médico-techniques ;
5. l'acquisition des appareils et équipements visés à l'article 14 paragraphe 1<sup>er</sup> ;
6. l'agrément ou la nomination des médecins, des chefs de laboratoire et des pharmaciens ;
7. la composition et le fonctionnement du comité d'éthique hospitalier.

(3) Le Conseil médical peut en outre, de sa propre initiative, soumettre au directeur médical, qui les transmet à l'organisme gestionnaire, des avis ou propositions concernant toute question en rapport avec l'organisation médicale ou pharmaceutique de l'établissement ou ayant une influence sur l'exercice de la médecine à l'établissement.

(4) Le Conseil médical peut émettre un avis renforcé lorsque les questions lui soumises pour avis par l'organisme gestionnaire concernent :

1. les dispositions du règlement général relatives à l'organigramme structurel du département médical et à la composition du Conseil médical ;
2. la nomination du directeur médical ;
3. la nomination des médecins responsables de service ;
4. les méthodes de contrôle de qualité de l'activité médicale ;
5. le licenciement ou le retrait d'agrément d'un médecin hors motif grave.

Lorsque cet avis a été pris à la majorité des deux tiers des membres votants du Conseil médical et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, ce dernier ne peut prendre de décision en la matière que suivant la procédure prévue au paragraphe 6.

(5) Sous réserve des avis renforcés qui sont toujours donnés par écrit, les avis du Conseil médical peuvent être soit donnés par écrit, soit exprimés oralement au cours d'une réunion de l'organisme gestionnaire. Ils doivent être donnés dans un délai d'un mois à partir de la saisine du Conseil médical, sauf si un autre délai a été convenu entre le gestionnaire et le président du Conseil médical.

Les résolutions du Conseil médical sont arrêtées à la majorité des voix. En cas de partage des voix, les membres dissidents peuvent donner un avis séparé. Le résultat du vote est joint à l'avis.

(6) Si l'organisme gestionnaire ne peut pas, dans les cas prévus au paragraphe 4, se rallier à l'avis renforcé émis par le Conseil médical, il se concerte préalablement à toute décision avec ce dernier.

Si cette concertation n'aboutit pas à un accord, les parties procèdent d'un commun accord à la désignation d'un médiateur. Si elles ne peuvent pas se concilier sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par le directeur de la Santé.

La prise de décision de l'organisme gestionnaire est suspendue à partir de la désignation du médiateur et jusqu'à l'aboutissement de la procédure de médiation, sans que le délai de suspension puisse dépasser trois mois.

Le médiateur soumet une proposition de médiation aux parties. Si aucun accord n'est trouvé, l'organisme gestionnaire prend la décision finale qui sera motivée et consignée au procès-verbal de la réunion.

Un règlement grand-ducal arrête les règles relatives aux modalités d'élection des membres, à la désignation du président et de son délégué, à la durée des mandats et au fonctionnement du Conseil médical.

### **Art. 33.**

(1) Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers. Il respecte les dispositions du règlement général visé à l'article 24 et du règlement interne du ou des services auxquels il est attaché selon l'organigramme de l'établissement hospitalier, ainsi que toute procédure interne et directive du directeur médical qui le concerne dans son exercice. Les procédures de l'établissement impliquant une utilisation rationnelle et scientifique des pratiques médicales ou des thérapies et dispositifs médicaux sont motivées et prises en concertation avec le Conseil médical.

(2) Il tient compte des recommandations et respecte les décisions du Comité d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières visé à l'article 25, paragraphe 1<sup>er</sup> et participe activement au système de signalement et de surveillance mis en place conformément à l'article 25, paragraphe 2.

(3) Il participe à la continuité des soins et des gardes, y compris, le cas échéant, des réseaux de compétences au sein desquels il exerce son activité hospitalière en coordination étroite avec l'organisation générale de l'hôpital. Il respecte le plan de service établi notamment en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.

(4) Il utilise de manière efficiente les ressources disponibles.

(5) Il tient à jour le dossier du patient conformément aux prescriptions légales et réglementaires. Il tient à jour un relevé par patient comportant les interventions et examens et établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires suivant les classifications mentionnées à l'article 38. Il inscrit les codes dans le dossier du patient.

(6) Sans préjudice des prescriptions établies par les paragraphes qui précèdent, le médecin exerce sa profession sans lien de subordination sur le plan médical, sous sa propre responsabilité. Les décisions individuelles prises par le médecin dans l'intérêt du patient relèvent de la liberté thérapeutique. L'établissement hospitalier n'intervient pas dans la relation individuelle du médecin avec son patient.

(7) Les médecins libéraux agréés à un établissement hospitalier y exercent sur base d'un contrat de collaboration. Ce contrat doit correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre l'association la plus représentative des médecins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du Code de la sécurité sociale.

A défaut d'accord endéans les 12 mois, le ministre peut en arrêter le contenu.

Le modèle de contrat-type de collaboration une fois arrêté fait, à l'initiative du ministre, l'objet d'une publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le contenu essentiel du contrat-type de collaboration entre un établissement hospitalier et les médecins libéraux y agréés comprend :

1. son objet et les activités médicales que le médecin exerce dans l'établissement hospitalier ;
2. le respect des objectifs de qualité et de sécurité arrêtés par l'établissement hospitalier conformément au règlement général de l'établissement et aux considérations du Comité de gestion interhospitalière ;
3. la durée du contrat et ses règles de prorogation ;
4. les conditions d'accès aux unités de soins ainsi que les conditions d'utilisation rationnelle et scientifique des équipements médico-techniques et des infrastructures ;
5. les modalités de gestion des absences des médecins ;
6. l'obligation pour le médecin de souscrire une assurance responsabilité civile ;

7. les modalités de résolution extra-judiciaire des conflits entre les établissements hospitaliers et les médecins ;
8. les modalités d'application pratiques des droits et obligations prévus aux paragraphes 1<sup>er</sup> à 6 du présent article et les conséquences sur le contrat de collaboration en cas de non-respect par l'une des parties contractantes de ces prescriptions et ce dans le respect des procédures applicables à l'article 32.

**Art. 34.**

Les dispositions des articles L.421-1 et suivants du Code du travail relatifs aux comités mixtes dans les entreprises du secteur privé et organisant la représentation des salariés dans les sociétés anonymes sont applicables aux établissements hospitaliers.

**Art. 35.**

(1) La pharmacie hospitalière, obligatoire dans les hôpitaux, fonctionne sous l'autorité et la surveillance d'un pharmacien-gérant. Les pharmaciens y organisent une activité hospitalière de pharmacie clinique.

(2) Elle peut fonctionner sous forme d'un service intégré à l'établissement hospitalier ou être assurée à travers une structure interne réduite associée à une structure externe à l'établissement hospitalier, de façon à garantir la continuité des soins et les besoins urgents de l'établissement hospitalier. La structure externe à l'établissement hospitalier peut être une pharmacie hospitalière intégrée à un autre établissement hospitalier ou une structure à part commune à plusieurs établissements hospitaliers.

(3) Un règlement grand-ducal détermine les conditions auxquelles la pharmacie hospitalière ou la structure à part doit répondre, en ce qui concerne :

1. les exigences et modalités d'organisation et d'aménagement, y inclus les surfaces et équipements minimaux requis ;
2. les exigences et conditions auxquelles le pharmacien-gérant, les pharmaciens-assistants et le personnel doivent répondre, ainsi que leur statut et leurs attributions ;
3. les conditions et exigences minimales du stock pharmaceutique ;
4. la préparation, la division, le conditionnement et le reconditionnement des médicaments et autres produits relevant de la pharmacie hospitalière, dans des conditions de sécurité et de qualité optimales, en assurant leur traçabilité ;
5. les catégories de médicaments ou autres produits relevant de la pharmacie hospitalière qui peuvent être délivrés à des patients ne séjournant pas à l'hôpital, ainsi que les modalités et conditions sous lesquelles la délivrance peut se faire.

**Art. 36.**

(1) Chaque hôpital dispose d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale suivant les conditions et modalités de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales et de ses règlements d'exécution.

(2) L'exploitation du laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier visé au paragraphe 1<sup>er</sup> est assurée soit par un service faisant partie de l'hôpital soit par une structure commune à plusieurs hôpitaux.

(3) Toute analyse de biologie médicale prélevée dans le cadre d'une prise en charge médicale concomitante en policlinique ou sur un plateau médico-technique de l'hôpital ou de l'établissement hospitalier et effectuée par le laboratoire hospitalier de cet hôpital ou établissement est considérée comme prestation du secteur hospitalier au sens de l'article 74, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

(4) Lorsque, pour des raisons techniques, d'équipement ou de qualification un laboratoire hospitalier ne peut pas effectuer des analyses, il peut déléguer la phase analytique ou post-analytique d'analyses de biologie médicale relevant du secteur hospitalier, conformément aux dispositions de la loi modifiée du 16 juillet 1984 précitée, à un autre laboratoire d'analyses de biologie médicale hospitalier. Lorsque ces phases ne peuvent pas être assurées en milieu hospitalier, elles peuvent être déléguées vers un laboratoire d'analyses biologiques relevant du secteur extrahospitalier.

**Art. 37.**

(1) Pour les hôpitaux un dossier patient individuel du patient hospitalier retrace, de façon chronologique et fidèle, l'état de santé du patient et son évolution au cours de la prise en charge. Il comporte les volets médical, de soins et administratif et renseigne toute information pertinente pour la sécurité et l'évolution de l'état de santé du patient. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par règlement grand-ducal, l'avis de la Commission nationale pour la protection des données ayant été demandé. Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue.

(2) Sans préjudice des dispositions particulières de la présente loi et de ses règlements d'exécution, les dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient s'appliquent au dossier individuel du patient hospitalier.

(3) A la sortie de l'établissement hospitalier, il est établi un résumé clinique par le ou les médecin(s) traitant(s). Si la codification d'éléments du dossier patient aux fins de leur utilisation secondaire ultérieure légitime est déléguée à un tiers encodeur disposant des qualifications nécessaires, les informations pertinentes lui sont transmises par les intervenants de façon à ce que la codification puisse être faite fidèlement et sans délai.

(4) Le directeur général de l'établissement hospitalier veille à l'observation des prescriptions prévues par le présent article. Il prend les mesures organisationnelles requises pour prévenir tout accès illicite au dossier et assurer le respect des droits du patient à l'égard de son dossier conformément à la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

**Art. 38.**

(1) Tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité.

Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour.

(2) Ces données concernent en particulier :

1. les diagnostics des affections ayant motivé l'hospitalisation, y compris les diagnostics des affections ayant eu une influence sur la prise en charge hospitalière ;
2. les interventions, les examens médicaux et les prestations des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ;
3. les prescriptions ;
4. le service et, le cas échéant, l'unité de soins où le patient a été pris en charge et où ces prestations ont été dispensées ;
5. les dates et horaires de l'admission, de la sortie et des prestations médicales dispensées tout au long du séjour ;
6. le mode d'entrée, la provenance, le mode de sortie et la destination du patient.

(3) La production de ces informations repose sur les éléments du dossier individuel du patient hospitalier et sur le résumé clinique de sortie, établi pour tout patient pris en charge dans un service d'hospitalisation stationnaire ou d'hospitalisation de jour.

Les médecins agréés ou salariés ainsi que les professionnels de santé des établissements hospitaliers transmettent ce dossier au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement hospitalier.

Les médecins agréés ou salariés des établissements hospitaliers encodent les actes ainsi que les examens prestés par eux et les diagnostics qu'ils établissent selon la méthodologie retenue. Ils rapportent de même les codes de facturation de leurs honoraires médicaux relatifs à ces actes et examens.

(4) Afin de mettre l'établissement hospitalier en mesure de produire ces informations, de constituer des bases de données nécessaires aux fins de l'analyse de son activité, de réponse aux exigences de l'article 3, un service d'information médicale est créé dans tout établissement hospitalier visé à l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe

3, points 1. à 3.. Ce service procède à la collecte ainsi qu'au traitement des données administratives, médicales et de soins nécessaires à la documentation des séjours stationnaires et de jour.

(5) Les diagnostics et les interventions et examens médicaux sont codés suivant les classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS mises à disposition par le ministre, dans le respect des consignes de bonnes pratiques de codage établies par la commission consultative de la documentation hospitalière.

(6) Le service de documentation médicale est dirigé par un médecin responsable de la documentation médicale, qui est nommé par l'organisme gestionnaire. Ce médecin est engagé sous le statut de salarié et fait partie du département médical. Il peut déléguer les activités de codage à des tiers encodeurs au sein de son service.

Dans le respect du secret médical et des droits des patients, le service de documentation médicale a pour mission :

1. la collecte des données administratives, médicales et de soins relatives à l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires et ambulatoires ;
2. le traitement de ces données et la production de tableaux de bord en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ;
3. l'assurance de la qualité des données produites ;
4. la transmission d'informations structurées relatives à ces séjours hospitaliers vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale, selon des formats et des modalités à fixer par règlement grand-ducal ;
5. la conservation des données produites pendant une durée de 10 ans.

Un règlement grand-ducal fixe les normes ayant trait à l'organisation générale, la dotation en personnel et les procédures de documentation que le service de documentation médicale doit respecter.

(7) Il est institué, sous l'autorité du ministre et du ministre de la Sécurité sociale, une Commission consultative de la documentation hospitalière qui a pour mission d'assurer au niveau national le suivi du système de documentation médicale hospitalière et d'élaborer des bonnes pratiques de codage.

La commission peut de sa propre initiative, proposer aux ministres tous voies et moyens d'ordre financier ou administratif portant amélioration du système.

La commission peut être demandée en son avis par le ministre ou le ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions sur toute question relevant de la documentation médicale hospitalière.

La commission se compose :

1. d'un représentant du ministre ;
2. d'un représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ;
3. d'un représentant de la Direction de la Santé ;
4. d'un représentant de la Caisse nationale de santé ;
5. d'un représentant du groupement le plus représentatif des hôpitaux luxembourgeois ;
6. d'un représentant de l'association la plus représentative des médecins et médecins-dentistes ;
7. d'un représentant du Conseil supérieur de certaines professions de santé.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

La présidence de la commission est assurée par le représentant de la Direction de la santé, la vice-présidence par le représentant du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. Elle peut constituer des sous-groupes de travail en y incluant des experts.

Un règlement grand-ducal détermine le fonctionnement de la commission et des sous-groupes de travail, les procédures à suivre et l'indemnisation des membres qui n'ont pas le statut d'agent de l'État y compris celle des experts et du secrétaire administratif.

Les frais de fonctionnement et les indemnités des membres de la commission et des sous-groupes de travail sont à charge du budget de l'État.

### **Art. 39.**

(1) Chaque patient reçoit, lors de son admission dans un établissement hospitalier, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions générales de son séjour.

(2) Cette information porte en outre sur les mécanismes de traitement d'une éventuelle plainte et les possibilités de résolution de celle-ci par la voie de la médiation. Elle inclut les modalités pratiques de saisine du service national d'information et de médiation santé.

#### **Art. 40.**

(1) Dans chaque établissement hospitalier, l'organisme gestionnaire met en place un mécanisme de traitement et de ventilation des suggestions, doléances et plaintes lui adressées.

(2) Le gestionnaire des plaintes peut être saisi par le patient, ou la personne qui le représente dans l'exercice des droits du patient conformément aux articles 12 à 14 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, ainsi que, après le décès du patient, par l'une des personnes disposant conformément à l'article 19 de la précitée loi d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

La saisine peut se faire par une réclamation écrite ou moyennant une déclaration orale faite dans une des langues prévues à l'article 3 de la loi du 24 février 1984 sur le régime des langues.

(3) Sur mandat écrit du patient ou de la personne qui le représente, le directeur général de l'établissement hospitalier, le gestionnaire des plaintes et tout autre collaborateur délégué à cet effet par le directeur général est en droit de requérir et d'obtenir communication de tous les éléments pertinents en rapport avec le traitement du dossier dont il a été saisi, notamment les éléments médicaux, soignants ou administratifs du dossier patient. Il peut prendre tous les renseignements utiles auprès des organismes de sécurité sociale ou d'autres administrations.

#### **Art. 41.**

(1) Le directeur de la Santé instruit toute plainte faisant état d'un manquement général ou du fonctionnement défectueux d'un service hospitalier.

(2) La plainte peut émaner d'un patient, d'une association ayant la défense des intérêts du patient dans ses missions ou d'un prestataire de soins de santé. La plainte peut par ailleurs émaner d'une personne représentant valablement le patient conformément aux dispositions de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Après le décès du patient elle peut émaner des personnes disposant, conformément à l'article 19 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, d'un droit d'accès au dossier et aux données relatives à la santé du défunt.

(3) Dans l'exercice de sa mission d'instruction, le directeur de la Santé ou le fonctionnaire de sa direction délégué par lui à cet effet a notamment accès aux dossiers individuels du patient hospitalier dont question à l'article 37.

(4) Le directeur de la Santé informe le plaignant, le directeur général de l'établissement et le ministre du résultat de son instruction.

#### **Art. 42.**

Dans chaque hôpital, le règlement d'ordre intérieur contient les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité des patients et des visiteurs. Il précise notamment les heures et modalités de visite auprès des patients.

#### **Art. 43.**

L'identité et la qualification des prestataires de soins et de services hospitaliers doivent être facilement connaissables à tout moment par les patients avec lesquels ceux-ci sont en contact.

#### **Art. 44.**

(1) Un recours est ouvert auprès du tribunal administratif contre toute décision de refus ou de fermeture définitive prise en vertu de la présente loi ainsi que contre la décision de mise en demeure dont question à l'article 12.

(2) Le recours doit être introduit, sous peine de forclusion, dans le délai de trois mois à partir de la notification de la décision. Le tribunal administratif statue comme juge du fond.

**Art. 45.**

(1) Les personnes qui ont obtenu une subvention prévue par la présente loi sur la base de renseignements sciemment inexacts ou incomplets sont passibles des peines prévues à l'article 496 du Code pénal, sans préjudice de la restitution de la subvention.

(2) Est punie d'une amende de 5.000 à 100.000 euros, la personne physique ou morale qui contreviendra au dernier paragraphe de l'article 1<sup>er</sup>.

(3) Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros ou d'une de ces peines seulement :

1. toute personne qui, responsable d'organiser le service d'urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation, refuse ou omet de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services ;
2. toute personne qui, tenue ou chargée de participer au service d'urgences d'un hôpital ou d'un service de garde, refuse ou omet d'assurer ce service ou de remplir sans retard tout ou partie des devoirs que l'exécution normale exige.

En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement du chef d'une infraction au présent article, les peines prévues peuvent être portées au double du maximum.

**Art. 46.**

L'article 60, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les prestations en nature dispensées à des assurés traités dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. »

**Art. 47.**

L'article 60bis, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« Les dispositions organisant la documentation des diagnostics, des prescriptions et des prestations effectuées relevant du secteur extrahospitalier peuvent être fixées par règlement grand-ducal. »

**Art. 48.**

L'alinéa 2 de l'article 74 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques et en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiennent compte des dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, des autorisations d'exploitation et des autorisations de services des établissements hospitaliers, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des réseaux de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence. »

**Art. 49.**

La loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé est modifiée comme suit :

1° À l'article 1<sup>er</sup>, deuxième alinéa, à la fin du point 9, il est rajouté un nouveau point 10, libellé comme suit :

« 10) assurer une protection de la santé publique au niveau des denrées alimentaires. »

2° L'article 2 est modifié comme suit :

Au paragraphe 2, deuxième alinéa, la deuxième phrase prend la rédaction suivante :

« Si le directeur est empêché d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un directeur adjoint. »

3° L'article 4, deuxième alinéa, est modifié comme suit :

1. au point 4, à la première phrase, les termes « et des dispositifs médicaux » sont supprimés ;
2. au point 5, à la fin de la deuxième phrase, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » ;
3. à la fin du point 9, est rajoutée la phrase suivante :

« Sa compétence s'étend également aux organismes génétiquement modifiés. »

4° À l'article 6, au paragraphe 1<sup>er</sup>, point 1, les termes « organismes génétiquement modifiés » sont remplacés par les termes « dispositifs médicaux » .

5° L'article 16 est modifié comme suit :

1. au paragraphe 1<sup>er</sup>, le deuxième alinéa est supprimé ;
2. l'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe 2 est remplacé par la disposition suivante :

« Les candidats au poste de directeur, de directeur adjoint médical et technique ou à un poste de médecin ou de médecin-dentiste à la Direction de la santé doivent être autorisés à exercer la profession de médecin ou de médecin-dentiste au Luxembourg suivant les dispositions légales en vigueur au moment où il est pourvu à la vacance de poste. »

#### **Art. 50.**

La loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales est modifiée comme suit :

1. À l'article 1<sup>er</sup>, le paragraphe 3 est complété in fine par la phrase suivante :

« Les examens relevant de l'anatomopathologie et de la génétique humaine sont effectués exclusivement dans le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 4 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé. »

2. À l'article 2, le paragraphe 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :

«

(1) Un laboratoire d'analyses de biologie médicale peut être exploité soit à titre personnel par une ou plusieurs personnes physiques, soit par une personne morale de droit privé ou public.

Ne peuvent, directement ou indirectement, s'associer au sein d'une personne morale exploitant un laboratoire de biologie médicale ou en détenir de façon directe ou indirecte une fraction du capital social, mettre à disposition ou partager avec un laboratoire de biologie médicale des locaux :

- un médecin, médecin-dentiste, ainsi que tout autre professionnel de santé autorisé à prescrire des examens de biologie médicale, à l'exception du ou des responsable(s) de laboratoire dont question à l'article 4 ;
- un établissement hospitalier, sans préjudice de la faculté de s'associer dans une structure commune conformément à l'article 36 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;
- les personnes associées au sein de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier, ainsi que toute autre personne qui détient directement ou indirectement une fraction du capital social de l'organisme gestionnaire d'un établissement hospitalier.

»

**Art. 51.**

L'article 4, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi du 19 décembre 2003 portant création de l'établissement public « Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation » est modifié comme suit :

«

(1) Les fonctions d'organisme gestionnaire sont assurées par un conseil d'administration composé de onze membres effectifs et de onze membres suppléants, nommés et révoqués par le Grand-Duc, sur proposition du ministre ayant la Santé dans ses attributions, dont :

- cinq membres proposés par le Conseil de Gouvernement, dont deux pour représenter plus particulièrement les intérêts des usagers ;
- quatre membres représentant chacun un des centres hospitaliers proposés par l'organisme gestionnaire de l'hôpital respectif ;
- un membre proposé par le Conseil médical de l'établissement ;
- un membre représentant le personnel non-médecin, proposé par les délégations du personnel.

»

**Art. 52.**

L'article 2 de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » est complété par un paragraphe 4 qui prend la teneur suivante :

«

(4) L'établissement gère le centre de diagnostic dans les domaines :

1. de la génétique humaine, constitutionnelle et somatique, y compris l'interprétation de ces examens et le conseil génétique ;
2. de l'anatomie pathologique assurant au niveau national les examens cytologiques et histologiques visés à l'article 6 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

»

**Art. 53.**

À l'article 15, paragraphe 1<sup>er</sup> de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, la dernière phrase est remplacée par « Ce règlement grand-ducal peut aussi fixer le format, les standards et les normes à utiliser aux fins d'assurer l'interopérabilité du dossier individuel du patient hospitalier et l'établissement du résumé clinique de sortie et de ses éléments, de faciliter la tenue de bases de données communes standardisées, de tableaux de bord, et de permettre à l'aide de techniques d'anonymisation la conservation et l'extraction des données relatives au fonctionnement, à la performance et à la gestion du système de santé ainsi qu'à des fins statistiques, de recherche et d'amélioration continue. »

**Art. 54.**

La loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État est modifiée comme suit :

1. à l'article 12, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 7, à la fin du point 10., les termes « le commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » sont intercalés entre les termes « de commissaire du Gouvernement chargé de l'instruction disciplinaire » et ceux de « classées au grade 17 » ;
2. à l'annexe A, au tableau « Classification des fonctions », dans la rubrique « Sous-groupe à attributions particulières » de la catégorie A, sous-groupe de traitement A1, la fonction de « commissaire du Gouvernement aux hôpitaux » est classée dans la colonne de droite correspondant au grade 17.

**Art. 55.**

Dans tous les textes législatifs et réglementaires les termes « centre de compétences » sont remplacés par « réseaux de compétences » .

**Art. 56.**

L'article 29, paragraphe 2 ne s'applique pas aux directeurs généraux des hôpitaux actuellement en fonction.

**Art. 57.**

Au plus tard 4 mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, doivent être soumis pour autorisation au ministre

1. les projets d'établissement des établissements hospitaliers tels que prévus à l'article 7 ;
2. les projets de services visés à l'article 9 des services hospitaliers que les établissements sont tenus ou souhaitent exploiter conformément aux articles 4 et 5 ;
3. les demandes d'autorisation, d'acquisition ou d'utilisation :
  - a) d'un équipement ou d'un appareil médical nécessitant une planification nationale ou exigeant des conditions d'emploi particulières tel que déterminé à l'annexe 3 ;
  - b) d'un équipement ou d'un appareil médical dont le coût dépasse 250.000 euros.

**Art. 58.**

La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente sont abrogées.

**Art. 59.**

La référence à la présente loi se fait sous la forme suivante : « Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ».

**Art. 60.**

La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*La Ministre de la Santé,*  
**Lydia Mutsch**

Palais de Luxembourg, le 8 mars 2018.  
**Henri**

*Le Ministre de la Sécurité sociale,*  
**Romain Schneider**

*Le Ministre des Finances,*  
**Pierre Gramegna**

## **Annexe 1 - Nombre maximal de lits pouvant être autorisé au niveau national**

### 1. Lits aigus

Total du nombre maximal de lits aigus pouvant être autorisé : 2.350

### 2. Lits de moyen séjour

Total du nombre maximal des lits de moyen séjour pouvant être autorisé : 670

dont

a) un nombre maximal de lits de rééducation gériatrique pouvant être autorisé : 310

b) un nombre maximal de lits de rééducation fonctionnelle pouvant être autorisé : 100

c) un nombre maximal de lits de réhabilitation physique et post oncologique pouvant être autorisé : 60

d) un nombre maximal de lits de réhabilitation psychiatrique pouvant être autorisé : 180

e) un nombre maximal de lits de soins palliatifs situés dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie pouvant être autorisé : 20

### 3. Lits d'hospitalisation de longue durée

Total du nombre maximal de lits d'hospitalisation de longue durée pouvant être autorisé : 87

### 4. Total des lits hospitaliers

Total du nombre maximal de lits hospitaliers pouvant être autorisé : 3.107

**Annexe 2-Définitions des services hospitaliers**

A. Services de soins aigus (lits aigus)

Dénomination du service, nombre max de services, nombre de lits min par service, nombre de lits max nationaux	Définition
Cardiologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 140	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des problèmes cardio-vasculaires qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique et un traitement de nature non-invasive. Il est en mesure d'assurer la défibrillation, la thrombolyse coronaire, le placement d'un stimulateur cardiaque provisoire, la prise de la pression cardiaque droite et de tension intra-artérielle. Le service de cardiologie a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès au plateau médicoteknique d'investigations cardio-circulatoires d'électrocardiographie, d'échocardiographie, de cyclométrie et de monitoring de Holter. Il dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'urgence et un service de soins intensifs établis sur le même site. Il dispose également d'un lien fonctionnel direct avec le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque et un service de chirurgie vasculaire, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement sur base d'une convention écrite.
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30	Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, disponible 24h/24 et 7jours/7, prenant en charge des patients adultes présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé, y compris la thérapie interventionnelle, l'électrophysiologie et l'implantation d'un stimulateur cardiaque et un traitement chirurgical invasif, à l'exception de la transplantation et du traitement des anomalies congénitales durant l'enfance. Le service de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque dispose de liens fonctionnels étroits avec les services de secours, les services d'urgence, ainsi qu'avec un service de soins intensifs et un service de cardiologie établis sur le même site. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. L'autorisation de pratiquer la chirurgie cardiaque ne peut être accordée ou renouvelée que sur base de l'activité annuelle de chirurgie cardiaque pour adultes établie sur base des interventions pratiquées sous circulation extracorporelle ou par la technique à « cœur battant ».
Chirurgie esthétique # services max _3 #lits min par service : 5 #lits max nationaux : 15	Un service de traitement chirurgical à visée esthétique, prenant en charge des personnes, à la suite d'altérations morphologiques ou de disgrâces acquises ou constitutionnelles non pathologiques. Il a recours aux compétences de chirurgie plastique ou maxillo-faciale et, selon le territoire anatomique des interventions réalisées, aux compétences chirurgicales des spécialités concernées. La chirurgie esthétique est soumise aux conditions suivantes : - Fournir à la personne concernée, pour toute prestation de chirurgie esthétique, les informations relatives aux conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi qu'un devis détaillé des

	<p>honoraires médicaux, frais et durée estimée de séjour hospitalier, produits, médicaments et dispositifs médicaux ; ce devis est daté et signé du ou des chirurgiens devant réaliser l'intervention prévue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respecter un délai minimal de quinze jours entre la remise du devis et l'intervention éventuelle.</li> <li>- Disposer de l'accès au soutien psychologique pour tout patient tout au long de la prise en charge.</li> </ul>
<p>Chirurgie pédiatrique Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 20</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, relevant d'une discipline chirurgicale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service dispose d'infrastructures, d'équipement et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service dispose d'un lien fonctionnel avec un service d'imagerie disposant de compétences en radiologie pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, un service de soins intensifs pédiatriques et un service de pédiatrie établis sur le même site. Le service a accès à des compétences en anesthésiologie pédiatrique, garantissant la sécurité anesthésique aux nourrissons et jeunes enfants (moins de 10 kg et/ou moins de 2 ans). Il participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Chirurgie plastique Service national # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 15</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement chirurgical à visée thérapeutique, reconstructive ou fonctionnelle, prenant en charge des patients, à la suite d'un accident, d'un traitement, de blessures, de malformation ou d'un déficit fonctionnel. Il a recours aux soins de kinésithérapie et au soutien psychologique et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de rééducation fonctionnelle musculo-squelettique, situé ou non sur le même site. Le service de chirurgie plastique peut pratiquer la chirurgie esthétique s'il se soumet aux conditions applicables au service de chirurgie esthétique.</p>
<p>Chirurgie vasculaire # services max 4 # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 60</p>	<p>Un service prenant en charge des patients présentant des problèmes vasculaires qui sont de nature à nécessiter un traitement interventionnel par voie chirurgicale, endovasculaire, ou mixte (hybride) intéressant les vaisseaux périphériques. Le service de chirurgie vasculaire dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service d'imagerie et un service de soins intensifs établis sur le même site. Le service de chirurgie vasculaire peut assurer le traitement de patients présentant des pathologies carotidiennes s'il dispose, sur le même site, d'un service neuro-vasculaire.</p>
<p>Chirurgie viscérale 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 100</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement chirurgical, prenant en charge des patients relevant d'une discipline chirurgicale générale, digestive ou viscérale, à la suite de blessures, de malformation ou de maladie. Le service de chirurgie viscérale dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles situé sur le même site. Le service dispose de liens fonctionnels étroits avec le service des urgences et, le cas échéant, les services de médecine interne générale, de gastro-entérologie et d'oncologie établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique et participe aux réunions de concertation multidisciplinaire bariatrique pour toute son activité de chirurgie bariatrique.</p>

<p>Gastroentérologie 4 services # lits min/service : 12 # lits max nationaux : 90</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes digestifs et de leurs voies. Le service de gastro-entérologie dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles digestives, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site qui précise les conditions de transfert des patients dans ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Gériatrie aiguë 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 120</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement, de soins et de suivi de patients gériatriques, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'objectif est la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles. Le service de gériatrie aiguë a recours aux soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, en soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique sur le même site et d'un lien fonctionnel avec un service de rééducation gériatrique, établi ou non sur le même site ; dans ce dernier cas, une convention écrite précise les critères et modalités de transfert des patients.</p> <p>Un service de gériatrie aiguë peut être localisé sur un site hospitalier ne disposant pas d'un service de médecine interne générale, de chirurgie viscérale, ou d'urgence ; dans ce cas, le service de gériatrie est considéré comme isolé et doit répondre aux conditions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être en liaison fonctionnelle avec un service hospitalier réservé aux malades les plus aigus, soit au sein du même établissement, soit dans un autre établissement proche en faisant l'objet d'une convention écrite, précisant les modalités de recours au plateau technique.</li> <li>• Disposer de la même équipe de médecins spécialistes en gériatrie pour assurer le traitement dans les deux services.</li> <li>• Appliquer une politique d'admission, de transfert et de sortie transparente reposant sur des critères objectifs.</li> </ul>
<p>Gynécologie # service max : 4 # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 80</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement, médical et chirurgical, prenant en charge les patientes présentant des pathologies de l'appareil génital féminin, pouvant inclure les pathologies endocriniennes, les interventions plastiques et reconstructives, et l'oncologie gynécologique. Le service a recours aux soins de kinésithérapie et dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles gynécologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Hémato-oncologie Service national # lits min/service : 7 # lits max nationaux : 15</p>	<p>Le service d'hémato-oncologie répond à la définition du service d'oncologie et assure en outre la prise en charge des patients atteints d'affections hématologiques malignes. Il dispose de l'expertise et des équipements propres à la réalisation d'aphérèses, de greffes de cellules hématopoïétiques et de thérapie cellulaire.</p>
<p>Immuno-allergologie Service national # lits min/service : 1 # lits max nationaux : 5</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement, prenant en charge des patients affectés de troubles immunitaires, y compris allergiques, et de maladies auto-inflammatoires. Le service dispose de compétences en allergologie, immunologie et rhumatologie et dispense des traitements immuno-modulateurs.</p>

	<p>Le centre hospitalier disposant du service d'immuno-allergologie établit obligatoirement une convention avec, le cas échéant, celui disposant d'une unité de transplantation d'organes, précisant les critères et modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.</p>
<p>Maladies infectieuses Service national # lits min/service : 18 # lits max nationaux : 20</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections causées par des agents infectieux et, dans certaines conditions, des patients présentant des formes inhabituelles et/ou sévères de maladies infectieuses. Un service de maladies infectieuses dispose de chambres d'isolement à pression négative ; des procédures spécifiques y sont prévues pour la prise en charge des patients contagieux ainsi que pour la prise en charge de maladies causées par des germes émergents, l'admission et le transfert de patients hautement infectieux depuis et vers d'autres services hospitaliers et les structures extrahospitalières.</p>
<p>Médecine de l'environnement Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 2</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement prenant en charge des patients atteints de problèmes de santé liés à l'exposition à des facteurs environnementaux. Il dispose de compétences médicales en médecine de l'environnement et en santé au travail et travaille en lien étroit avec les services de l'Etat et les établissements publics qui analysent l'exposition à des polluants, ainsi qu'avec les services de médecine du travail. Le médecin-spécialiste expérimenté en médecine environnementale collabore à une prise en charge interdisciplinaire en fonction de la symptomatologie du patient et dans le respect des aspects somatiques, psychiques et sociaux du patient. Le service assure les soins ambulatoires et a accès à des lits d'hospitalisation dans un environnement répondant à des critères protecteurs stricts en matière de polluants. Il contribue à une documentation exhaustive des pathologies liées à l'environnement, des expositions à des facteurs environnementaux et des actions entreprises, dans un but de santé publique, de prévention et d'analyse de son activité en réseau avec d'autres services de médecine environnementale notamment universitaires, à l'étranger.</p>
<p>Médecine interne générale 4 services # lits min/service : 10 # lits max nationaux : 110</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients adultes présentant une ou plusieurs affections complexes, aiguës ou chroniques relevant d'une discipline médicale, à l'exception des disciplines chirurgicales et psychiatriques, dans le respect de leurs aspects somatiques, psychiques et sociaux et, le cas échéant, par une approche multidisciplinaire coordonnée. Un service de médecine interne dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles et de liens fonctionnels avec le service des urgences et le service de soins intensifs établis sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Néonatalogie intensive Service national # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 25</p>	<p>Un service assurant l'accueil, la surveillance et la prise en charge des nouveau-nés, prématurés ou à terme, 24h/24 et 7j/7, qui présentent ou sont susceptibles de présenter des problèmes d'adaptation mettant directement en jeu leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel ou une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital ou leur avenir fonctionnel, et qui nécessitent en conséquence le recours à des techniques de surveillance, de suppléance et de soins spécifiques, intensives ou non. Le service de néonatalogie intensive assure également les soins intensifs postopératoires des nouveau-nés relevant de la chirurgie pédiatrique. Le service est organisé de telle façon qu'il puisse assurer : - la permanence médicale et de professions de santé sur place permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, invasives ou non,</li> <li>- l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés,</li> <li>- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des nouveau-nés à la maternité, dans les services d'hospitalisation ou au domicile dès que leur état de santé le permet.</li> </ul> <p>Le service de néonatalogie intensive est en lien direct et fonctionnel avec un service d'obstétrique situé sur le même site ainsi qu'avec toutes les maternités ne disposant pas de service de néonatalogie intensive ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés ex utero vers le service de néonatalogie intensive font l'objet d'une convention et sont portés à la connaissance du public.</p> <p>Le service de néonatalogie intensive dispose de liens fonctionnels directs, sur le même site, avec un service de chirurgie pédiatrique et un service d'imagerie avec compétences en imagerie médicale pédiatrique, ainsi qu'avec un service de soins intensifs pédiatriques.</p>
<p>Néphrologie Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 30</p>	<p>Un service répondant à la définition du service de dialyse, assurant en outre le diagnostic, le traitement, les soins et le suivi de patients atteints d'affections rénales et la prise en charge de patients soumis à un traitement de suppléance rénale à tout stade de leur affection et de leur traitement. Le service de néphrologie dispose d'un accès au plateau médicotechnique d'imagerie et d'investigations fonctionnelles néphrologiques sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p> <p>Le service de néphrologie dispose de la capacité à assurer l'épuration extra-rénale sur le même site et peut assurer de tels services sur d'autres sites hospitaliers. Le service assure le suivi de patients après transplantation rénale.</p>
<p>Neurochirurgie Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 40</p>	<p>Un service assurant le diagnostic, le traitement chirurgical et la prise en charge péri-opératoire des malformations, maladies, traumatismes, y compris leurs séquelles, du système nerveux central, de ses enveloppes, de ses vaisseaux et de ses cavités, ainsi que du système nerveux périphérique et végétatif. Le service de neurochirurgie dispose d'un lien fonctionnel, sur le même site, avec un service d'imagerie médicale pratiquant la neuro-imagerie interventionnelle, un service de neurologie, un service neuro-vasculaire (de niveau 2) et un service de soins intensifs pratiquant des soins intensifs spécialisés en neurologie et en neurochirurgie ; les critères et les modalités d'accès et de transfert des patients entre ces services font l'objet de dispositions établies en commun. Il participe aux réunions de concertations pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il dispose d'une convention avec un service de réhabilitation neurologique et avec tout service d'orthopédie d'un autre site réalisant des interventions sur le squelette axial, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de neurochirurgie est autorisé à pratiquer la chirurgie stéréotaxique à condition de disposer de l'équipement nécessaire.</p>
<p>Neurologie 4 services # lits min/service : 14 # lits max nationaux : 85</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections du système nerveux central, périphérique et végétatif, y compris leurs conséquences fonctionnelles. Le service de neurologie a recours aux soins en médecine physique et réadaptation, en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie et au soutien psychologique. Le service de neurologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique sur le même site, permettant de réaliser des examens d'imagerie par radiographie, scannographie computerisée et résonance magnétique nucléaire, ainsi que des examens fonctionnels d'électromyographie, d'électro-encéphalographie, d'urodynamique et d'analyse du mouvement. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>

	<p>En l'absence de lien fonctionnel direct avec un service neuro-vasculaire établi sur le même site, le service dispose obligatoirement d'une convention avec un service neuro-vasculaire, précisant les critères et les modalités d'admission et de transfert entre les deux services.</p>
<p>Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1)                  # service max : 4                  # lits min/service : 4                  # lits max nationaux : 18</p>	<p>Un service fonctionnellement identifié, comprenant des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés exclusivement à l'accueil 24h/24 et 7j/7 et à la prise en charge aiguë et en temps utile des patients présentant des accidents vasculaires cérébraux, en lien fonctionnel avec les services de secours, les structures d'accueil des urgences, et les structures de revalidation. Le service stroke unit niveau 1 dispose sur son site d'une expertise médicale en pathologie neuro-vasculaire 24h/24 et 7j/7 dans un délai de 30 minutes et d'un accès direct à l'imagerie par scannographie computerisée et par résonnance magnétique. Il dispose de critères d'admission et d'évaluation ainsi que de processus standardisés pour le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral, et se soumet à une évaluation externe annuelle selon des indicateurs de résultats définis. Il a recours aux soins en kinésithérapie, en ergothérapie, en orthophonie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Les hôpitaux disposant d'un service stroke unit type niveau 1 établissent obligatoirement une convention avec celui disposant d'un service stroke unit niveau 2, précisant les critères et les modalités de transfert des patients d'un service à l'autre.                  Le service stroke est organisé afin de garantir aux patients présentant des accidents vasculaires cérébraux la continuité de l'accès à l'expertise et à la prise en charge neuro-vasculaire. Il organise la réhabilitation précoce multidisciplinaire des patients concernés.</p>
<p>Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2)                  Service national                  # lits min/service : 6                  # lits max nationaux : 12</p>	<p>Le service stroke niveau 2 répond aux critères du service stroke unit niveau 1 défini ci-dessus et assure en outre, sur le même site, la prise en charge des accidents vasculaires hémorragiques et des patients relevant des techniques de neuro-imagerie interventionnelle et de neurochirurgie. Il dispose d'un accès direct, sur le même site, à une salle d'angiographie numérisée interventionnelle.</p>
<p>Obstétrique (niveau 1 et 2)                  4 services                  # lits min/service : 10                  # lits max nationaux : 100</p>	<p>Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an.                  Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatalogie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service national de néonatalogie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public.                  Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux :                  - une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité.                  Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses</p>

	<p>pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité néonatalogie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatalogie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves.</li> </ul> <p>Une maternité qui assure moins de 1500 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'imperatif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né.</p>
<p>Oncologie                  # service max : 4                  # lits min/service : 8                  # lits max nationaux : 130</p>	<p>Un service de diagnostic et de traitement pluridisciplinaires, de soins et de suivi des affections oncologiques des patients âgés de 18 ans ou plus. Le service d'oncologie est organisé afin d'assurer à chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accès rapide au diagnostic,</li> <li>- l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge et traduite dans un programme de soins remis au patient et accepté par celui-ci,</li> <li>- la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique publiés ou, à défaut, à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes,</li> <li>- l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux, et s'il y a lieu, la démarche palliative,</li> <li>- l'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire en collaboration formelle avec d'autres services hospitaliers, le cas échéant, et, dans tous les cas, avec le secteur des soins primaires.</li> </ul> <p>Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, le service</p>

	<p>d'oncologie dispose d'une convention avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p> <p>L'établissement hospitalier dispose d'une convention avec le centre de diagnostic visé à l'article 2, paragraphe 5, de la loi du 7 août 2012 portant création de l'établissement public « Laboratoire national de santé » précisant les critères et les modalités d'analyse des prélèvements, ainsi qu'avec le service de radiothérapie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière d'oncologie, établie par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public.</p> <p>Le service d'oncologie dispose d'un lien fonctionnel avec le service de réhabilitation post-oncologique, avec lequel il établit une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients.</p> <p>Les services d'oncologie et d'héματο-oncologie sont soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter en tenant compte de l'évidence disponible en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales, définis par le Conseil scientifique du domaine de la santé composé d'experts nationaux et internationaux. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les 3 années écoulées.</p>
<p>Ophthalmologie spécialisée Service national # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 15</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des troubles réfractifs, des pathologies médicales et chirurgicales de l'œil et de la sphère péri-oculaire. Il dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de la vue. Il garantit la continuité des soins sur le plan national et participe au service d'urgence. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>ORL 4 services # lits min/service : 7 # lits max nationaux : 60</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins, prenant en charge des patients présentant des affections de l'oreille, du nez et des sinus, de la face, de la gorge et du cou. Il a recours aux soins d'orthophonie et dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles des troubles de l'audition, de l'équilibre et de la voix et de liens fonctionnels étroits avec un service d'imagerie établi sur le même site. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Orthopédie 4 services # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 170</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints d'affections innées et acquises de l'appareil musculo-squelettique axial et périphérique. Le service d'orthopédie qui assure une prise en charge interventionnelle des affections du squelette axial dispose de procédures précisant les modalités de prise en charge de ces affections et d'un lien fonctionnel direct avec le service de neurochirurgie ou, dans le cas où ce service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service d'orthopédie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>

	<p>Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention avec un hôpital disposant d'une telle unité, précise les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p>
<p>Pédiatrie de proximité # service max : 3 # lits min/service : 3 # lits max nationaux : 12</p>	<p>Un service axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans, et le cas échéant jusqu'à 18 ans, dont la prise en charge est assurée lors de séjours hospitaliers ne dépassant pas en moyenne 48 heures. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Le service peut disposer d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour. Le service assure une disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie pour toute consultation pédiatrique de 08h à 20h les jours ouvrables. En dehors de ces heures et en cas de disponibilité du médecin spécialiste en pédiatrie, le service peut participer au service de garde de pédiatrie. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de pédiatrie spécialisée précise les critères et les modalités de transfert des enfants à pathologies complexes.</p>
<p>Pédiatrie spécialisée Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 30</p>	<p>Un service spécialisé axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi des affections des enfants et adolescents, couvrant les âges de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans. Le service dispose d'infrastructures, d'équipements et d'une organisation adaptés aux besoins de l'enfant. Il est en lien fonctionnel direct avec le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique, le service d'urgences pédiatriques, le service de soins intensifs pédiatriques, le service de néonatalogie intensive et le service de chirurgie pédiatrique, sur le même site. Il dispose d'une structure et de compétences permettant d'offrir l'enseignement aux enfants relevant de traitements hospitaliers dès le 7<sup>ème</sup> jour, en lien avec l'établissement scolaire habituellement fréquenté par l'enfant. Pour les enfants atteints d'une pathologie chronique grave, le service assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la communication entre, d'une part, l'équipe hospitalière et, d'autre part, les acteurs de première ligne,</li> <li>- la continuité du traitement hospitalier lorsque le jeune patient quitte l'hôpital pour poursuivre le traitement à son domicile ou inversement.</li> </ul> <p>Pour les enfants atteints d'une affection oncologique ou cardiologique faisant l'objet d'une prise en charge à l'étranger, le service assure le transfert vers une structure établie à l'étranger, dont les critères et les modalités sont précisées par convention. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique. Le service dispose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire, qui répond aux conditions du service d'hospitalisation de jour,</li> <li>- d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire d'enfants atteints de cancer ou de maladies hématologiques oncologiques dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge structurée et coordonnée de ces patients, en collaboration avec des centres étrangers avec lesquels une convention de collaboration est établie,</li> </ul>

	<p>- d'une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire et stationnaire de l'adolescent dans la mesure où il met en œuvre un processus de prise en charge multidisciplinaire répondant aux besoins spécifiques des adolescents et de leur développement et qui prépare et soutient la transition vers une prise en charge médicale de l'adulte.</p>
<p>Pneumologie 4 services # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 80</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, prenant en charge des patients présentant des affections des organes respiratoires, de leurs voies et de leurs vaisseaux. Les techniques de ventilation mécanique non-invasive, d'oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie et de kinésithérapie respiratoire y sont mises en œuvre. Le service de pneumologie dispose d'un accès à un plateau médicoteknique d'imagerie, de bronchoscopie et d'investigations fonctionnelles respiratoires, ainsi que d'un lien fonctionnel avec un service de soins intensifs établis sur le même site précisant les conditions de transfert des patients entre ces services. Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaire pour toute son activité oncologique.</p>
<p>Psychiatrie aiguë 4 services # lits min/service : 35 # lits max nationaux : 240</p>	<p>Un service assurant la prévention, l'observation, le diagnostic, les soins, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale d'adultes atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service d'urgence et de médecine interne établis sur le même site, ainsi qu'avec un service de réhabilitation psychiatrique, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire et les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>
<p>Psychiatrie infantile Service national # lits min/service : 8 # lits max nationaux : 12</p>	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'enfants âgés de moins de 13 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie spécialisée et un service de psychiatrie juvénile, un service d'urgence pédiatrique, un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des enfants, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge.</p>
<p>Psychiatrie juvénile Service national # lits min/service : 15 # lits max nationaux : 35</p>	<p>Un service assurant l'observation, le diagnostic, le traitement et le suivi d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substance, dans une approche pluridisciplinaire. Il doit être en lien fonctionnel étroit avec un service de pédiatrie ou médecine interne, un service d'urgence et un service d'hospitalisation de jour assurant la réadaptation socio-éducative maximale des adolescents, les structures extrahospitalières de santé mentale, les soins de santé primaire ainsi qu'avec les institutions appropriées pour les personnes handicapées. Les transferts de patients et les modalités de ces transferts entre les services sont établis en commun et font l'objet de procédures écrites. Le service doit disposer 24h/24, 7j/7, d'une capacité d'accueil appropriée aux besoins urgents spécifiques des patients qui y sont pris en charge et d'une section fermée protectrice pour les patients qui le nécessitent.</p>

<p>Soins intensifs et anesthésie 4 services # lits min/service : 12 # lits max nationaux : 100</p>	<p>Un service assurant l'accueil, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillance(s) aiguë(s) d'organe(s), mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.</p> <p>Le service prend également en charge des patients nécessitant le recours à l'anesthésie, sous quelque modalité que ce soit (générale, locorégionale, épidurale, rachianesthésie ou autre), cette prise en charge incluant l'évaluation pré-anesthésique des facteurs de risque et le suivi post-anesthésique jusqu'à récupération des fonctions vitales, ainsi que l'analgesie pour la prise en charge de la douleur post-interventionnelle.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7,</li> <li>- la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés,</li> <li>- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet.</li> </ul> <p>Le service de soins intensifs dispose de liens fonctionnels directs avec le service d'urgence, avec le service d'imagerie médicale et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des patients présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement. Des conditions particulières aux soins intensifs spécialisés en cardiologie et en neurologie-neurochirurgie peuvent être déterminées.</p>
<p>Soins intensifs pédiatriques Service national # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 5</p>	<p>Un service prenant en charge des nourrissons, enfants et adolescents, à partir de la 5<sup>ème</sup> semaine de vie et jusqu'à l'âge de 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans, qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un ou plusieurs organes, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ou dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité. Il assure également la réanimation postopératoire des enfants relevant de la chirurgie pédiatrique.</p> <p>Il assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une permanence médicale et de professions de santé permettant l'accueil des enfants et adolescents et leur prise en charge 24h/24 et 7j/7,</li> <li>- la mise en œuvre prolongée de techniques invasives spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés,</li> <li>- la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des enfants et adolescents dans les services d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet.</li> </ul> <p>Le service de soins intensifs pédiatriques dispose de liens fonctionnels directs avec les services de secours extrahospitaliers et avec le service des urgences, de néonatalogie intensive, le service d'imagerie disposant de compétences en imagerie pédiatrique et avec d'autres services d'hospitalisation dédiés à des enfants présentant des affections médicales ou chirurgicales sur le même site ; le transfert des patients de et vers un service de soins intensifs pédiatriques répond à des critères documentés et accessibles à tous les médecins de l'établissement.</p>
<p>Traumatologie 4 services # lits min/service : 15</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de lésions traumatiques intéressant la peau et les muqueuses, l'appareil musculo-squelettique, les organes internes, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives. Un service de traumatologie dispose d'un lien fonctionnel direct avec le</p>

<p># lits max nationaux : 130</p>	<p>service d'urgence, le service des soins intensifs et le service d'imagerie médicale situés sur le même site. Il dispose en outre d'une convention avec le service de neurochirurgie précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de traumatologie a recours aux soins de kinésithérapie sur le même site, et dispose d'un lien fonctionnel direct avec un service de rééducation fonctionnelle ou, dans le cas où un tel service n'est pas disponible sur le même site, d'une convention écrite précisant les critères et les modalités de transfert des patients.</p>
<p>Urologie 4 services # lits min/service : 5 # lits max nationaux : 80</p>	<p>Un service de diagnostic, de traitement et de suivi, prenant en charge des patients atteints de pathologies innées et acquises de l'appareil et des voies urinaires, pouvant inclure les interventions plastiques et reconstructives et l'oncologie de l'appareil urinaire et de ses annexes. Le service d'urologie dispose d'un accès à un plateau médicotechnique d'imagerie, d'endoscopie et d'investigations fonctionnelles urologiques situé sur le même site et participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute son activité oncologique. Il a recours à au moins un médecin spécialiste en urologie disposant d'un agrément pour l'accès à et l'utilisation de l'équipement de lithotritie extracorporelle.</p>
<p>Radiothérapie Service national # lits min/service : 2 # lits max nationaux : 2</p>	<p>Un service assurant, au bénéfice de patients atteints d'affections tumorales, cancéreuses ou hématologiques, des traitements de radiothérapie à visée curative ou palliative, dans un contexte pluridisciplinaire de cancérologie. Le service de radiothérapie participe aux décisions thérapeutiques oncologiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires. Le service dispose d'une convention avec tous les services d'oncologie autorisés, précisant les critères et les modalités de transfert des patients, et d'un lien fonctionnel étroit avec les soins de santé primaires et spécialisés. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses et assurer aux patients, soit par lui-même, le cas échéant en lien avec une des structures existant dans des pays étrangers, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques dans sa version la plus récente en matière de radiothérapie oncologique, approuvée par le Conseil scientifique du domaine de la santé et accessible au public. Le service de radiothérapie est soumis à un seuil d'activité minimal annuel à respecter, de l'ordre de 400 traitements par an et par accélérateur linéaire.</p>

B. Services de moyen séjour (lits de moyen séjour)

<p>Rééducation fonctionnelle Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 100</p>	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne adulte présentant un déficit neurologique, cardiaque ou musculo-squelettique, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une maladie ou d'un événement de santé. Si le service de rééducation fonctionnelle travaille en lien fonctionnel avec les services de neurologie, de neurochirurgie, de cardiologie, d'orthopédie, de rhumatologie ou de traumatologie, l'établissement hospitalier spécialisé dispose d'une convention avec les centres hospitaliers exploitant ces services, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p> <p>Le service dispose d'un accès direct à une unité hospitalière de diagnostic, de traitement et de soins médicaux prenant en charge des patients présentant un état de douleurs chroniques, par une approche multidisciplinaire incluant les aspects somatiques, psychologiques et sociaux. Cette unité dispose de compétences médicales en algologie et en anesthésie et a recours à des compétences en psychologie, en kinésithérapie, en relaxation et en éducation thérapeutique. Elle offre une consultation spécialisée accessible aux patients ambulatoires au moins trois demi-journées par semaine, tient des réunions de concertation interdisciplinaires régulières et travaille en réseau avec les médecins et structures de soins extrahospitaliers. En l'absence d'un accès direct à une telle unité, une convention est établie avec un établissement hospitalier disposant d'une telle unité, précisant les modalités de la prise en charge coordonnée des patients.</p>
<p>Rééducation gériatrique # service max : 4 # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 310</p>	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne fragile d'âge gériatrique, tenant compte de ses spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'un événement de santé. Le service de rééducation gériatrique travaille en lien fonctionnel avec un service de gériatrie aiguë ou de médecine interne de l'établissement ou dispose d'une convention avec au moins un service de gériatrie aiguë d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins 2 des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p> <p>Un service de rééducation gériatrique peut disposer d'un hôpital de jour accueillant des patients ambulatoires pour rééducation gériatrique.</p>

<p>Réhabilitation physique Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 40</p>	<p>Un service de rééducation gériatrique peut héberger une unité de rééducation neurologique et orthopédique, en l'absence de service dédié à ce type de rééducation sur le territoire.</p> <p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un état général affaibli suite à une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë, ou suite à une aggravation récente d'une affection chronique. La prise en charge tient compte des spécificités médicales, cognitives, psychiques, sociales, nutritionnelles et culturelles de la personne ; elle met en œuvre, après un bilan et l'établissement d'un plan de traitement en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient, des actes de réentraînement à l'effort, d'ergothérapie, de soutien psychologique et à l'éducation thérapeutique. Le service de réhabilitation physique dispose d'une convention avec au moins un service de médecine interne et un service de chirurgie d'un autre établissement, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes: kinésithérapie, ergothérapie, soutien psychologique, assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p>
<p>Réhabilitation post-oncologique Service national # lits min/service : 20 # lits max nationaux : 30</p>	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne présentant un déficit fonctionnel, en vue du retour ou maintien dans le milieu de vie du patient à la suite d'une affection oncologique ou d'un événement de santé lié à une telle affection. Le service de réhabilitation post-oncologique travaille en lien fonctionnel avec les services d'oncologie ou, selon la spécificité d'organe concerné, avec d'autres services hospitaliers ayant une activité d'oncologie, avec lesquels il dispose d'une convention, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. En outre, il dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier ; il met à la disposition du public les critères d'admission, de début et de fin de prise en charge des patients, ainsi que l'offre de soins disponible, qui doit couvrir quotidiennement au moins deux des disciplines suivantes : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, au soutien psychologique, à l'assistance sociale et diététique. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation précisant les objectifs et la durée prévisible du projet thérapeutique, et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p>
<p>Réhabilitation psychiatrique Service national # lits min/service : 30 # lits max nationaux : 180</p>	<p>Un service assurant la récupération optimale des performances fonctionnelles, la meilleure autonomie et qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ou de problèmes liés à l'abus de substances dans une approche pluridisciplinaire. Le service de réhabilitation psychiatrique travaille en lien fonctionnel avec les services de psychiatrie du pays. L'établissement public établit une convention avec les centres hospitaliers, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. L'offre de soins disponible doit couvrir les besoins psychiques, sociaux, éducatifs et thérapeutiques de la population ciblée. En outre, le service dispose de liens fonctionnels avec le secteur extrahospitalier. Pour chaque patient, il réalise un bilan interdisciplinaire d'admission, un programme individualisé de rééducation et une réévaluation hebdomadaire interdisciplinaire.</p>

<p>Soins palliatifs 5 services # lits min/service : 6 # lits max nationaux : 60</p>	<p>Le service comprend une unité de psychiatrie socio-judiciaire implantée sur le site du Centre pénitentiaire de Luxembourg.</p> <p>Un service destiné à des patients souffrant d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et dispensant des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée, visant à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et de son entourage et comportant le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. Le personnel médical et soignant du service atteste d'une formation spécifique en soins palliatifs et en accompagnement de patients en fin de vie, conformément aux dispositions prises sur base de l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 4 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie. Le service a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale, et dispose de liens fonctionnels étroits avec des services médicaux et chirurgicaux hospitaliers, ainsi qu'avec les prestataires d'aide et de soins extrahospitaliers, qui précisent les critères et les modalités de transfert des patients. Le service garantit le respect de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, ainsi que la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. Services d'hospitalisation de longue durée (lits d'hospitalisation de longue durée)

<p>Hospitalisation de longue durée médicale Service national # lits min/ service : 20 # lits max nationaux : 20</p>	<p>Un service de surveillance médicale, de soins particuliers et continus et de traitements d'entretien de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles prolongées ou permanentes de nature neurologique ou musculo-squelettique, pour lesquels une amélioration ne peut être atteinte à moyen terme par une prise en charge en rééducation ou en réhabilitation. Le service dispose de compétences médicales et professionnelles adaptées à la prise en charge et aux soins de patients en état pauci-relationnel ou affectés de déficiences neurologiques ou sensori-motrices graves.</p>
<p>Hospitalisation de longue durée psychiatrique Service national # lits min/ service : 67 # lits max nationaux : 67</p>	<p>Un service de surveillance médicale, de soins particuliers et continus et de traitements d'entretien de longue durée destinés aux patients souffrant de restrictions fonctionnelles prolongées ou permanentes relevant de troubles de la santé mentale, pour lesquels une amélioration ne peut être atteinte à moyen terme par une prise en charge en rééducation ou en réhabilitation. Le service dispose de compétences médicales et professionnelles et d'un environnement adaptés à la prise en charge et aux soins de patients souffrant de troubles de la santé mentale graves et prolongés.</p>

D. Services hospitaliers prenant en charge des patients mais ne disposant pas de lit hospitalier

<p>Dialyse 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0</p>	<p>Un service de soins ambulatoires dispensant la pratique de l'épuration extra-rénale aux patients âgés de plus de 8 ans atteints d'insuffisance rénale, par hémodialyse périodique. Le service se situe au sein d'un établissement hospitalier et dispose de liens fonctionnels étroits avec un service de médecine interne, un service d'imagerie médicale et un service de soins intensifs situés sur le même site. Le centre hospitalier disposant d'un service de dialyse établit une convention avec le service de néphrologie, précisant les critères et les modalités de transfert des patients. Le service de dialyse est placé sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en néphrologie et comporte au moins huit postes d'hémodialyse de traitement, chaque poste de traitement ne pouvant servir à plus de trois patients par 24h. Le service de dialyse peut dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient pour l'autodialyse ; dans ce cas, le service dispose d'un poste d'entraînement situé dans un local spécifique au sein du service. Au sein du service, on distingue : - L'unité d'hémodialyse médicalisée, accueillant des patients qui nécessitent une présence médicale non-continue pendant la séance de traitement. - L'unité d'autodialyse, accueillant des patients formés à l'hémodialyse et ne requérant pas une présence médicale pendant la séance de traitement. L'unité d'autodialyse simple accueille des patients en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; l'unité d'autodialyse assistée accueille des patients qui requièrent l'assistance d'un infirmier pour certains gestes. Le service peut également dispenser, sous la responsabilité du médecin spécialiste en néphrologie, la formation du patient et de la tierce personne aidant le patient pour la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Le service veille à orienter les patients vers l'unité et la modalité de dialyse la mieux adaptée à leur situation ; le centre hospitalier ne disposant pas d'une unité d'autodialyse conclut une convention de coopération avec un service offrant cette modalité de traitement, dès que disponible, précisant les critères et les modalités de la prise en charge coordonnée des patients. La convention prévoit la mise à disposition, dans l'unité d'hémodialyse médicalisée, de postes de repli réservés à la prise en charge temporaire des patients autodialysés pour motif médical, technique ou social.</p>
<p>Imagerie médicale 4 services # lits min/service : 0 #lits max nationaux : 0</p>	<p>Un service de diagnostic, pouvant également héberger des prestations de traitement et de soins pour des patients stationnaires ou ambulatoires, disposant de compétences médicales et professionnelles spécialisées en radiodiagnostic ou en médecine nucléaire utilisant les techniques d'acquisition et de restitution d'images du corps humain, structurales et fonctionnelles. Le service est composé d'un plateau technique comprenant des équipements fixes ou mobiles d'imagerie médicale telles que l'échographie, la radiologie conventionnelle digitalisée, la radiologie par tomographie computerisée (CT-scanner), la résonnance magnétique nucléaire et la médecine nucléaire, dans leurs applications diagnostiques et dans leurs applications thérapeutiques telles que la réalisation d'actes médicaux guidés par l'imagerie, à l'exception de la radiothérapie externe. Le service se soumet aux lois et règlements en vigueur en matière d'utilisation médicale des rayonnements ionisants et en matière d'imagerie par résonnance magnétique nucléaire et assure le contrôle qualité de l'imagerie médicale de l'établissement. En vue d'une utilisation appropriée des ressources d'imagerie médicale, le service applique les principes de la justification des examens, de l'optimisation des examens et des doses, et de la limitation des risques. Il enregistre son activité afin de répondre aux exigences du carnet radiologique du patient. Un service d'imagerie médicale peut héberger un équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DEXA (absorption biphotonique à rayons X).</p>
<p>Hospitalisation de jour # services : non défini # lits min/service : non défini # lits max nationaux : non défini</p>	<p>Un service, faisant l'objet de dispositions organisationnelles et fonctionnelles distinctes, où sont dispensées des prestations de soins programmées dont la durée n'excède pas douze heures et qui ne donnent pas lieu à une nuitée. Le service est exploité par le même gestionnaire que celui de l'établissement hospitalier sur le site duquel il se trouve, dont il utilise l'infrastructure et emploie le personnel médical et les professions de santé. Le service exerce ses activités en lien fonctionnel et organisationnel direct avec les services hospitaliers correspondants aux domaines d'activité médicale ou chirurgicale couverts, ainsi qu'avec les plateaux médicotecniques associés dans cette prise en charge. Le service dispose de procédures écrites concernant la sécurité, la qualité, la continuité des soins et le suivi de la prise en charge des patients qui y sont admis. Un service d'hospitalisation de jour peut accueillir des enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans à condition que la disponibilité sur appel d'un médecin spécialiste en pédiatrie pendant toute la durée de la prise en charge des enfants et adolescents y soit garantie. On distingue : - Le service d'hospitalisation de jour chirurgical, prenant en charge des patients pour des interventions chirurgicales programmées, dans le cadre de procédures établies d'évaluation préopératoire, d'admission, de sortie, de continuité des soins et de prise en charge de la douleur, en lien fonctionnel et organisationnel direct avec le plateau technique chirurgical de l'établissement dont il dépend. Les modalités d'accès et de transfert des patients entre le service d'hospitalisation de jour chirurgical et le bloc opératoire font l'objet de procédures écrites.</p>

	<p>- Le service d'hospitalisation de jour non-chirurgical, prenant en charge des patients pour des actes diagnostiques et thérapeutiques non-chirurgicaux planifiés, dans le cadre de procédures établies d'admission, de sortie et de continuité des soins. Outre le service d'hospitalisation de jour médical, des services d'hospitalisation de jour couvrant les domaines spécifiques de la rééducation, de la psychiatrie et de la pédiatrie peuvent être autorisés.</p>
<p>Procréation médicalement assistée Service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0</p>	<p>Un service réalisant, dans le cadre de la médecine de la reproduction, des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des ovocytes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle. Le service de procréation médicalement assistée dispose d'un lien fonctionnel direct avec un ou des services d'obstétrique, établis ou non sur le même site. Ce service doit de plus satisfaire aux critères définis en matière de qualité de la prise en charge de la stérilité et assurer aux patients, soit sur le même site et en lien avec son service d'obstétrique, soit par une convention avec d'autres établissements de santé, l'accès au suivi des grossesses à haut risque et au soutien psychologique. Le service dispose d'une charte de bonnes pratiques en matière de procréation médicalement assistée, approuvée par le comité d'éthique national et accessible au public. Il se soumet à un audit externe annuel évaluant le respect des dispositions de cette charte pour l'ensemble de son activité.</p>
<p>Urgence 4 services # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0 (lits porte)</p>	<p>Un service tenu d'accueillir toute personne en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressée. Il doit assurer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, les soins, la surveillance et l'observation du patient, le cas échéant jusqu'à son orientation vers le service adéquat. Le service d'urgence travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale, aux services de médecine interne générale, de traumatologie, de chirurgie viscérale, de soins intensifs et anesthésie et de psychiatrie aiguë, ainsi qu'au plateau technique de chirurgie, établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers le service de soins intensifs et anesthésie sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement. L'organisation de l'orientation du patient vers une autre structure se fait selon des procédures préalablement définies et l'orientation vers un autre établissement fait l'objet d'une convention entre les établissements concernés. Lorsqu'elle n'a pas lieu dans un service d'urgence pédiatrique, la prise en charge des enfants dans un service d'urgence est organisée en collaboration avec une structure pédiatrique située ou non dans l'établissement ou avec les médecins spécialistes concernés, selon une filière d'accueil et de soins séparée. Lorsque l'activité le justifie, l'accueil des enfants est organisé dans des locaux individualisés de manière à permettre une prise en charge adaptée à leur âge et à leur état de santé. L'organisation est adaptée pour favoriser la présence des proches, et notamment des parents, auprès des enfants pris en charge.</p>
<p>Urgence pédiatrique service national # lits min/service : 0 # lits max nationaux : 0 (lits porte)</p>	<p>Un service tenu d'accueillir tout enfant ou adolescent âgé de 0 à 16 ans et, le cas échéant jusqu'à 18 ans en situation d'urgence qui s'y présente spontanément ou qui lui est adressé, et organisé de manière à permettre une prise en charge spécifique adaptée à leur âge et à leur état de santé 24h/24 et 7j/7. L'organisation du service favorise la présence des proches, notamment des parents de l'enfant ou de l'adolescent lors de sa prise en charge. Il doit assurer l'observation, les soins, la surveillance de l'enfant ou de l'adolescent et le cas échéant sa prise en charge diagnostique et thérapeutique jusqu'à son orientation vers la structure adéquate. L'orientation du patient vers une autre structure de prise en charge se fait selon des procédures préalablement définies ; l'orientation vers un autre établissement fait</p>

l'objet d'une convention entre les établissements concernés, précisant les modalités et les critères de transfert entre les deux établissements.

Le service d'urgence pédiatrique travaille en lien étroit avec les services de secours et les maisons médicales et dispose d'un accès à un service d'imagerie médicale disposant de compétences pédiatriques, à un service de pédiatrie spécialisée, à un plateau technique de chirurgie pédiatrique et à un service de soins intensifs pédiatriques établis sur le même site. Les critères et les modalités de transfert des patients vers ces services sont précisés et portés à la connaissance du personnel de l'établissement.

**Annexe 3 - Tableau des équipements et appareils soumis à planification ou exigeant des conditions d'emploi particulières et de leur nombre maximum pouvant être autorisé**

Type d'appareil ou équipement	Nombre maximum
Équipement de coronarographie par cathétérisme	2
Ensemble de dispositifs de radiothérapie	1
Tomographe à émission de positrons	1
Caisson d'oxygénothérapie hyperbare	1
Équipement de lithotritie extracorporelle	1
Prone-table	1
Équipements de neurochirurgie pour stéréotaxie neurologique et endoscopie intra ventriculaire	1
Équipements servant à la fécondation in-vitro	1
Équipement propre à la réalisation d'aphérèses de cellules souches hématopoiétiques	1
Équipement pour mesure de la densité osseuse selon le procédé DXA	1





**Loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile et création d'un Corps grand-ducal d'incendie et de secours, modifiant**

- 1. la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques ;**
- 2. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ;**
- 3. la loi modifiée du 16 avril 1979 portant réglementation de la grève dans les services de l'État et des établissements publics placés sous le contrôle direct de l'État ;**
- 4. la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe ;**
- 5. la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 ;**
- 6. la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail ;**
- 7. la loi modifiée du 21 décembre 2007 portant création de l'Administration de la navigation aérienne ;**
- 8. la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État**

**et abrogeant la loi modifiée du 12 juin 2004 portant création d'une Administration des services de secours.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Notre Conseil d'État entendu ;

De l'assentiment de la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du 20 mars 2018 et celle du Conseil d'État du 27 mars 2018 portant qu'il n'y a pas lieu à second vote ;

*Avons ordonné et ordonnons :*

## **Chapitre I - Les objectifs et principes fondamentaux**

### **Art. 1<sup>er</sup>.**

La sécurité civile a pour mission la protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement contre les événements calamiteux, les sinistres et les catastrophes, l'information et l'alerte des populations ainsi que la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés.

Le ministre ayant les Services de secours dans ses attributions, appelé par la suite « le ministre », est chargé de l'organisation et de la mise en œuvre de la sécurité civile et coordonne les mesures et les moyens prévus par la présente loi.

### **Art. 2.**

Les missions de sécurité civile sont assurées par les pompiers volontaires et professionnels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours, en abrégé CGDIS.

Dans le cadre de leurs missions légales, peuvent également concourir à l'accomplissement des missions de la sécurité civile les militaires de l'Armée luxembourgeoise, les personnels de la Police grand-ducale et les agents de l'État, des communes et des organismes publics ou privés, ainsi que les membres des services d'incendie d'entreprises et d'usines et des associations ou organismes ayant la sécurité civile dans leur objet social prévus à l'article 99.

## **Chapitre II - Le Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

### **Section 1 - Statut juridique, missions et siège**

#### **Art. 3.**

Il est créé un Corps grand-ducal d'incendie et de secours sous forme d'un établissement public à caractère administratif, chargé de l'organisation et de la mise en œuvre des missions d'incendie et de secours au pays telles que définies à l'article 4.

Le CGDIS est placé sous la tutelle du ministre.

Le CGDIS dispose de la personnalité juridique et jouit de l'autonomie financière et administrative.

Le CGDIS est subrogé dans les droits et obligations de l'État du chef de l'Administration des services de secours.

Le transfert des compétences de gestion prévu par la présente loi au profit du CGDIS emporte transfert de la responsabilité civile de l'État et des communes relative aux dommages résultant de l'exercice de ces compétences, à l'exception des dommages à charge de l'État survenus lors de missions de sécurité civile et de missions humanitaires en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg sur ordre du Gouvernement. La responsabilité des communes demeure toutefois susceptible d'être engagée, dès lors que les dommages en cause trouvent en tout ou en partie leur origine dans une faute commise par les autorités communales dans l'exercice de leurs attributions. Toutefois, au cas où le dommage résulte en tout ou en partie de la faute d'un agent ou du mauvais fonctionnement du CGDIS, la responsabilité de celles-ci est atténuée à due concurrence.

Le siège du CGDIS est à Luxembourg.

#### **Art. 4.**

Le CGDIS a comme mission la planification, la mise en œuvre et l'organisation :

- a) des secours aux personnes victimes de détresses vitales, d'accidents, d'événements calamiteux, de catastrophes, de sinistres et d'incendies ;
- b) de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies ;
- c) de la lutte contre les pollutions par produits nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- d) des mesures destinées à sauvegarder les biens, y compris l'environnement et le patrimoine culturel, lors d'événements calamiteux, de catastrophes, de sinistres, d'accidents, d'incendies, de crues et d'inondations ;
- e) de l'assistance internationale des secours en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg en cas d'événements calamiteux ;
- f) des dispositifs prévisionnels de secours lors de manifestations ou d'évènements comportant un risque particulier ;
- g) de la formation en matière de lutte contre l'incendie et de secours ;
- h) du Service d'aide médicale urgente, en abrégé SAMU.

Le CGDIS opère le Service d'incendie et de sauvetage pour le compte de l'Administration de la navigation aérienne.

Le CGDIS concourt à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels, à la gestion de crises nationales, ainsi qu'aux secours d'urgence. Il est en charge des relations opérationnelles avec des organisations de sécurité civile au niveau transfrontalier, interrégional, européen et international.

En aucun cas, le CGDIS ne peut être chargé de missions de maintien de l'ordre public ou de gardiennage.

## Section 2 - La réquisition du Corps grand-ducal d'incendie et de secours

### Art. 5.

Le ministre et le bourgmestre ou son remplaçant disposent d'un droit de réquisition sur le CGDIS pour provoquer l'action de celui-ci, afin d'assurer les missions prévues à l'article 4.

### Art. 6.

Outre la base légale en vertu de laquelle elle est faite, la réquisition doit indiquer le nom et la qualité de l'autorité requérante, être écrite, datée et signée. Dans la réquisition adressée au Centre de gestion des opérations du CGDIS, l'autorité requérante peut indiquer le jour et l'heure de la fin des missions faisant l'objet de celle-ci. En l'absence d'une telle indication, l'autorité requise est tenue d'informer l'autorité requérante de la fin de l'événement faisant l'objet de la réquisition aux fins de levée par l'autorité requérante.

### Art. 7.

En cas d'urgence, la réquisition peut être verbale. Elle doit être confirmée par l'autorité requérante sans délai et dans les formes prévues à l'article 6.

### Art. 8.

Pour l'exécution des réquisitions adressées au CGDIS, l'autorité requérante, sans s'immiscer dans l'organisation du service, précise l'objet de la réquisition et peut faire des recommandations sur les moyens à mettre en œuvre et les ressources à utiliser.

L'autorité requérante transmet au CGDIS toutes les informations utiles à l'exécution de la réquisition.

Le CGDIS prépare les mesures d'exécution en fonction des informations reçues de l'autorité requérante. En cas d'impossibilité de ce faire, il en informe l'autorité requérante dans les meilleurs délais et sans qu'il en résulte une dispense d'exécuter la réquisition.

## Section 3 - La propriété et la gestion des biens du Corps grand-ducal d'incendie et de secours

### Art. 9.

Pendant une période ne pouvant pas dépasser deux ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi, les biens meubles, pour autant qu'ils ne relèvent pas du patrimoine d'autrui, affectés par les communes, l'État ou toute autre personne morale de droit public au fonctionnement des services communaux d'incendie et de sauvetage, de l'Administration des services de secours, du Service d'incendie et de sauvetage de l'Administration de la navigation aérienne, ainsi que du SAMU sont mis à disposition à titre gratuit au CGDIS. Pendant la période de mise à disposition, les biens meubles des communes restent affectés à un centre d'incendie et de secours situé sur le territoire de la commune concernée.

Il est établi entre le CGDIS et l'État, les communes et toute autre personne morale de droit public un inventaire de tous les biens meubles nécessaires au fonctionnement du CGDIS. Le transfert des biens meubles se fait par convention sans contrepartie financière à conclure entre le CGDIS et l'État, les communes et toute autre personne morale de droit public dans le délai prévu à l'alinéa 1<sup>er</sup>. Chaque partie peut exclure expressément certains biens de ce transfert.

En contrepartie du transfert, les biens meubles transférés par une commune au CGDIS restent affectés pour leur durée de vie à un centre d'incendie et de secours situé sur son territoire, sauf accord exprès de la commune concernée.

À partir de l'entrée en vigueur des conventions, le CGDIS rembourse à l'État, à toutes les communes concernées et à toute autre personne morale de droit public les frais d'entretien et d'exploitation relatifs aux biens meubles visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> du présent article, occasionnés pendant la période de mise à disposition.

À partir de l'entrée en vigueur des conventions prévues à l'alinéa 2, le CGDIS succède à l'État et aux communes dans leurs droits et obligations. À ce titre, il leur est substitué dans les contrats de toute nature conclus pour l'aménagement, le fonctionnement, l'entretien ou la conservation des biens meubles transférés.

**Art. 10.**

Le CGDIS acquiert la propriété ou la jouissance des biens immeubles appartenant aux communes, à l'État ou à toute autre personne morale de droit public affectés aux missions de sécurité civile et nécessaires au fonctionnement du CGDIS respectivement sous forme d'un transfert de propriété ou sous forme d'un bail emphytéotique ou d'un droit de superficie.

Le transfert de propriété s'effectue par un versement de la contrepartie monétaire, dont les modalités d'évaluation et de calcul sont fixées par règlement grand-ducal.

L'affectation sous forme d'un bail emphytéotique ou d'un droit de superficie, dont les modalités sont définies par la loi modifiée du 22 octobre 2008 portant promotion de l'habitat et création d'un pacte logement avec les communes, fait l'objet d'une redevance, dont les modalités de calcul sont définies par règlement grand-ducal.

Les biens immeubles peuvent également être mis à disposition du CGDIS moyennant un contrat de louage. La mise à disposition fait l'objet d'un paiement d'indemnités, dont les modalités de calcul sont définies par règlement grand-ducal.

Le transfert de propriété et l'affectation sous forme d'un bail emphytéotique, d'un droit de superficie ou d'un contrat de louage ne donnent pas lieu à la perception de droits de timbres, d'enregistrement, d'hypothèque et de succession.

**Art. 11.**

Pour une durée ne pouvant pas excéder deux ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi et jusqu'au moment de la conclusion des conventions prévues à l'article 10, les biens immeubles affectés par les communes, par l'État ou par toute autre personne morale de droit public au fonctionnement des services d'incendie et de sauvetage communaux et de l'Administration des services de secours nécessaires au fonctionnement du CGDIS sont mis à disposition de celui-ci contre une avance fixée forfaitairement à 250 euros par mois et par commune, ainsi que pour l'État.

Les communes, l'État et toute autre personne morale de droit public perçoivent un paiement qui consiste en la différence entre le montant déterminé en application des modalités prévues à l'article 10 et l'avance telle que définie à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Section 4 - Le conseil d'administration du Corps grand-ducal d'incendie et de secours****Art. 12.**

Le CGDIS est administré par un conseil d'administration composé comme suit de seize membres nommés par le Gouvernement en conseil :

- a) deux membres proposés par le ministre ;
- b) deux membres proposés par le ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions ;
- c) un membre proposé par le ministre ayant les Finances dans ses attributions ;
- d) un membre proposé par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;
- e) un membre proposé par le ministre ayant les Transports dans ses attributions ;
- f) un membre proposé par le ministre ayant la Coopération et l'Action humanitaire dans ses attributions ;
- g) un membre du conseil communal de la Ville de Luxembourg proposé par celui-ci ;
- h) sept membres de conseils communaux proposés suivant la procédure et dans les formes prévues à l'article 14.

Ne peuvent devenir administrateur les fonctionnaires qui sont appelés à surveiller ou à contrôler le CGDIS ou qui, en vertu des pouvoirs leur délégués, approuvent des actes administratifs du CGDIS ou signent des ordonnances de paiement ou toute autre pièce administrative entraînant une dépense de l'État en faveur du CGDIS.

Le Gouvernement en conseil peut révoquer à tout moment un ou plusieurs membres du conseil d'administration.

**Art. 13.**

La durée du mandat d'administrateur est de six ans. Le mandat est renouvelable. L'administrateur membre d'un conseil communal suit ordinairement le sort de l'assemblée communale quant à la durée de son mandat.

En cas de vacance de poste d'administrateur, il est pourvu au remplacement dans le délai de trois mois.

Les administrateurs continuent l'exercice de leurs fonctions jusqu'à leur remplacement. La continuation de l'exercice des fonctions est exclue en cas de révocation, de privation du droit d'éligibilité en vertu d'une disposition légale ou d'une décision de l'autorité judiciaire coulée en force de chose jugée ou en cas d'exercice de fonctions incompatibles avec le mandat de conseiller communal trente jours après la mise en demeure qui a été notifiée au conseiller communal par le ministre de l'Intérieur ou le collège des bourgmestre et échevins conformément à l'article 10 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988.

En cas de vacance par suite de décès, de démission, de révocation, de remplacement prévu par l'article 14, dernier alinéa ou de perte du mandat de conseiller communal tel que prévu à l'alinéa 3, l'administrateur nommé en remplacement achève le mandat de celui qu'il remplace.

Les indemnités et jetons de présence des membres, des délégués et des experts participant aux réunions du conseil d'administration sont à charge du CGDIS.

**Art. 14.**

Le Grand-Duché de Luxembourg est divisé en quatre zones de secours :

- a) la zone de secours Sud ;
- b) la zone de secours Centre ;
- c) la zone de secours Nord ;
- d) la zone de secours Est.

La composition de chaque zone de secours est déterminée par règlement grand-ducal. Les communes de chaque zone sont représentées au conseil d'administration du CGDIS par deux administrateurs membres du conseil communal d'une de ces communes.

Dans la zone de secours Centre dont fait partie la Ville de Luxembourg, un candidat aux fonctions d'administrateur est proposé par le conseil communal de la Ville de Luxembourg parmi ses membres et selon les formes établies par les articles 18, 19, 32, 33 et 34 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988. Cette proposition est transmise au Conseil de gouvernement par le ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions.

Les autres candidats aux fonctions d'administrateur sont proposés selon les dispositions du présent article.

Jusqu'au premier jour du quatrième mois qui suit celui des élections communales ordinaires au plus tard, les conseils communaux, sauf celui de la Ville de Luxembourg, proposent pour chaque zone de secours des candidats dans les formes établies par les articles 18, 19, 32, 33 et 34 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988. Chaque conseil communal a le choix, soit de proposer comme candidat un de ses membres, soit de proposer un membre du conseil communal d'une commune de la même zone, soit de renoncer à toute proposition de candidat. Les propositions tardives ne sont pas prises en compte.

Le vote des candidats par les conseillers communaux, à l'exclusion de ceux de la Ville de Luxembourg, se fait par correspondance au moyen de bulletins de vote établis par le ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions. Celui-ci inscrit sur les bulletins de vote les candidats qui lui sont proposés par les conseils communaux et transmet les bulletins aux communes dans un délai de quinze jours au plus tard à partir du premier jour du quatrième mois qui suit celui des élections communales ordinaires. Il transmet à chaque commune autant de bulletins de vote munis des nom et prénoms des candidats proposés et autant d'enveloppes électorales que le conseil communal compte de membres, estampillés du Ministère de l'Intérieur et portant l'indication du poste d'administrateur du CGDIS à pourvoir.

Le collège des bourgmestre et échevins, soit envoie sous pli recommandé avec accusé de réception, soit remet contre récépissé à chaque conseiller communal un bulletin de vote et une enveloppe électorale.

Les conseillers communaux remplissent les bulletins de vote et les placent dans les enveloppes électorales qu'ils transmettent aussitôt au collège des bourgmestre et échevins. Celles-ci sont transmises ensemble par envoi recommandé au ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions dans un délai de quinze jours à partir de la réception des bulletins de vote et des enveloppes électorales conformément à

l'alinéa 6. Les enveloppes transmises de manière tardive ne sont pas prises en compte, la date de l'envoi recommandé faisant foi.

Le ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions installe un bureau de vote composé de fonctionnaires qu'il a sous ses ordres dont un assure la fonction de président. Le bureau de vote procède au dépouillement du scrutin dès réception des bulletins de vote.

Chaque conseil communal peut désigner, parmi ses membres non candidats, un observateur qui assiste aux opérations de dépouillement.

Les candidats sont élus à la majorité simple. En cas de partage des voix, il est procédé par tirage au sort par le président du bureau de vote.

Le ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions communique au Gouvernement en conseil, aux communes et au CGDIS les résultats du scrutin sous forme d'un relevé des représentants de zone élus aussitôt que les opérations de dépouillement sont clôturées. Le relevé des représentants élus vaut proposition de candidat au Gouvernement.

Si le conseil communal d'une ou de plusieurs communes dont sont issus un ou plusieurs représentants de zone n'est pas installé jusqu'au premier jour du troisième mois qui suit celui des élections communales ordinaires des conseils communaux, le ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions suspend l'établissement des bulletins de vote en attendant que tous les conseils communaux aient proposé un candidat dans le délai d'un mois à partir de la date d'installation du dernier conseil communal sans préjudice des dispositions de l'alinéa 6.

À défaut de proposition d'un ou des deux candidats par les conseils communaux d'une zone ou à défaut d'élection d'un représentant par les conseillers communaux d'une zone, le Gouvernement en conseil nomme le ou les administrateurs parmi les membres des conseils communaux des communes de cette zone.

Un administrateur peut être remplacé sur proposition des conseils communaux d'au moins la moitié des communes de la zone de secours qu'il représente. Cette proposition est notifiée au ministre ayant les Affaires communales dans ses attributions et aux autres communes représentées. Dans le délai d'un mois à partir de la notification, les conseils communaux proposent des candidats pour le remplacement. La procédure est la même que pour l'élection d'un représentant.

#### **Art. 15.**

Parmi les administrateurs, le Gouvernement en conseil désigne, sur proposition du ministre, un président et un vice-président pour une durée de trois ans.

En cas d'empêchement du président, le vice-président préside le conseil d'administration. En cas d'empêchement simultané du président et du vice-président, l'administrateur le plus ancien préside le conseil d'administration.

Lorsque le président est désigné, à tour de rôle, parmi les administrateurs de l'État, le vice-président est désigné parmi les administrateurs du secteur communal et vice-versa.

La présidence du conseil d'administration est assurée par un des administrateurs de l'État jusqu'au 31 décembre 2020.

#### **Art. 16.**

Le directeur général et les directeurs fonctionnels assistent aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

Peuvent également assister au conseil d'administration avec voix consultative :

- a) un délégué représentant le SAMU ;
- b) un délégué représentant la Fédération nationale des pompiers ;
- c) un délégué représentant le cadre des pompiers professionnels du CGDIS ;
- d) un délégué représentant le cadre administratif et technique du CGDIS ;
- e) un délégué représentant les pompiers volontaires du CGDIS, désigné par le ministre ;
- f) un délégué représentant les jeunes pompiers, désigné par le ministre.

Le conseil d'administration a la faculté de recourir à l'avis d'experts s'il le juge nécessaire.

Les experts peuvent assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

Les modalités de désignation des délégués et des experts sont fixées par règlement grand-ducal.

#### **Art. 17.**

Le conseil d'administration établit un règlement d'ordre interne fixant les modalités de son fonctionnement au plus tard neuf mois après l'entrée en vigueur de la présente loi. Ce règlement est soumis à l'approbation du ministre.

Le conseil d'administration peut choisir un secrétaire administratif hors de son sein.

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président aussi souvent que les intérêts du CGDIS l'exigent. Il doit être convoqué au moins quatre fois par an ou lorsqu'au moins quatre de ses administrateurs ayant voix délibérative le demandent. Le délai de convocation est d'au moins cinq jours ouvrables, sauf cas d'urgence à apprécier par le président.

La convocation indique l'ordre du jour.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si le nombre des administrateurs présents représente la majorité des voix de l'ensemble des administrateurs. Les décisions sont prises à la majorité des voix des administrateurs présents.

En cas d'égalité de voix, la voix du président ou, en son absence, celle du vice-président est prépondérante.

Les membres du conseil d'administration ainsi que toute autre personne assistant aux réunions du conseil d'administration sont obligés de garder secrètes les informations confidentielles qui leurs sont communiquées dans le cadre de l'exercice de leur mission et sont soumis à une obligation de délicatesse.

L'administrateur qui manque aux obligations définies à l'alinéa précédent peut être révoqué.

#### **Art. 18.**

Le conseil d'administration statue sur les points suivants :

- a) l'approbation du rapport général d'activités ;
- b) les actions judiciaires à intenter et les transactions à conclure ;
- c) les conventions à conclure ;
- d) l'acceptation et le refus de dons et de legs ;
- e) l'engagement, la nomination, la révocation et le licenciement du personnel, à l'exception des membres du comité directeur ;
- f) l'organigramme, la grille et le nombre des emplois, ainsi que les conditions et modalités de rémunération ;
- g) la nomination d'un réviseur d'entreprises agréé ;
- h) le montant des contributions financières annuelles de l'État et des communes ;
- i) la désignation des fondés de pouvoir ;
- j) les taxes des services prestées par le CGDIS.

Le conseil d'administration statue sur les points suivants sous réserve de l'approbation du ministre :

- a) la politique générale et les orientations stratégiques du CGDIS ;
- b) l'arrêt du budget annuel et des prévisions budgétaires pluriannuelles ;
- c) les plans pluriannuels d'investissement ;
- d) les plans pluriannuels d'engagement de personnel, dont le nombre maximal d'emplois à créer dans chaque cadre ;
- e) les emprunts et les garanties ;
- f) le règlement d'ordre interne du conseil d'administration, le règlement intérieur du CGDIS et le règlement opérationnel du CGDIS ;
- g) les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles et leur affectation, les conditions des baux de plus de neuf ans ;
- h) les grands projets de travaux de construction, de démolition ou de transformation et les grosses réparations ;
- i) l'engagement, la nomination, la révocation et le licenciement des membres du comité directeur.

Le conseil d'administration statue sur les points suivants sous réserve de l'approbation du Gouvernement en conseil :

- a) les indemnités et les jetons de présence des membres, des délégués et des experts participant aux séances du conseil d'administration ;
- b) la fixation des indemnités des pompiers volontaires pour l'exercice de leurs fonctions et de leurs activités ;
- c) l'approbation des comptes annuels à la clôture d'exercice, présentés conformément à l'article 64 et suivants ;
- d) les plans d'intervention des secours prévus à l'article 97.

Le conseil d'administration représente le CGDIS judiciairement et extrajudiciairement, agissant poursuites et diligences de son président.

Le conseil d'administration exerce, en ce qui concerne le personnel du CGDIS, les attributions dévolues au Grand-Duc, au Gouvernement en conseil, au Gouvernement, aux ministres ou à l'autorité investie du pouvoir de nomination par les lois et règlements applicables aux agents de l'État.

#### **Art. 19.**

Il est institué un service d'audit interne qui relève du conseil d'administration. Le service d'audit interne a pour mission l'évaluation indépendante des activités du CGDIS. Le conseil d'administration adopte une charte d'audit interne qui précise la mission, les pouvoirs et les responsabilités du service.

### **Section 5 - Le comité directeur du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

#### **Art. 20.**

La direction du CGDIS est confiée à un directeur général. Le directeur général est assisté dans ses tâches par les six directeurs fonctionnels qui forment avec lui le comité directeur qu'il préside.

Le directeur général et les directeurs fonctionnels sont soumis au statut du fonctionnaire de l'État et sont classés dans la catégorie de traitement A, groupe de traitement A1, tel que prévu par l'article 11 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Sous la responsabilité du directeur général, le comité directeur met en œuvre les orientations stratégiques déterminées par les décisions du conseil d'administration.

Le directeur général assure la gestion journalière du CGDIS et il est compétent pour régler toutes les affaires qui lui ont été dévolues par le conseil d'administration. Il a sous ses ordres tout le personnel professionnel et volontaire du CGDIS.

Le directeur général peut déléguer une partie de ses attributions à ses directeurs fonctionnels. Il doit tenir le conseil d'administration régulièrement informé de la marche générale des services.

Les directeurs fonctionnels sont responsables de l'organisation, de la planification et du contrôle des activités de leur direction respective.

### **Section 6 - La direction générale et les directions fonctionnelles du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

#### **Art. 21.**

Pour l'exercice des missions prévues à l'article 4, le CGDIS comprend :

- a) la Direction générale (DG) ;
- b) la Direction de la coordination opérationnelle (DCO) ;
- c) la Direction de la stratégie opérationnelle (DSO) ;
- d) la Direction administrative et financière (DAF) ;
- e) la Direction des moyens logistiques (DML) ;
- f) la Direction médicale et de la santé (DMS) ;

g) l'Institut national de formation des secours (INFS).

### **Sous-section 1 - La Direction générale**

#### **Art. 22.**

La Direction générale est responsable de l'organisation générale du CGDIS et supervise son bon fonctionnement. Elle comporte un service juridique et de la protection des données et elle est en charge des relations internationales ainsi que de la communication interne et externe du CGDIS.

### **Sous-section 2 - La Direction de la coordination opérationnelle**

#### **Art. 23.**

La Direction de la coordination opérationnelle est chargée de l'organisation et de la mise en œuvre des opérations de secours et de la mise en œuvre de la doctrine opérationnelle. Elle participe, en collaboration avec la Direction de la stratégie opérationnelle, l'Institut national de formation des secours et la Direction médicale et de la santé à l'élaboration de la doctrine opérationnelle, de l'analyse des retours d'expérience et des enquêtes d'accidents.

Sont rattachés directement à la Direction de la coordination opérationnelle le Central des secours d'urgence et le Centre de gestion des opérations.

Le Central des secours d'urgence est l'organe national unique de réception et de régulation des demandes de secours en provenance du numéro d'appel d'urgence « 112 ».

Le Centre de gestion des opérations est l'organe national unique de coordination de l'activité opérationnelle du CGDIS.

Sont également rattachés à la Direction de la coordination opérationnelle les groupes d'intervention spécialisés et le centre de soutien logistique.

#### **Art. 24.**

Sous la supervision directe du Directeur de la coordination opérationnelle, il est institué un service du volontariat et de la promotion des jeunes pompiers qui a pour mission :

- a) de promouvoir et de valoriser le volontariat auprès du grand public ;
- b) de promouvoir le recrutement et la fidélisation des jeunes pompiers ;
- c) d'être l'interlocuteur privilégié des pompiers volontaires ;
- d) de soutenir les initiatives des centres d'incendie et de secours et des groupes d'intervention spécialisés dans leur politique de recrutement de nouveaux volontaires ;
- e) de contribuer à une gestion prospective et dynamique de la ressource humaine volontaire et mettre en œuvre toute action visant à la maintenir ;
- f) d'initier et de développer toutes les mesures contribuant à maintenir et améliorer la disponibilité des pompiers volontaires ;
- g) de mettre en œuvre une politique de rapprochement avec les employeurs de pompiers volontaires existants ou potentiels.

### **Sous-section 3 - La Direction de la stratégie opérationnelle**

#### **Art. 25.**

La Direction de la stratégie opérationnelle est chargée de la planification des urgences. Elle assure un service de prévention d'incendie et de sinistres au niveau national, zonal, groupemental et local.

Elle a comme mission de :

- a) élaborer, réévaluer et adapter le plan national d'organisation des secours pour le compte du ministre ;
- b) procéder à l'analyse des risques courants et particuliers auxquels doivent faire face les secours ;
- c) établir les statistiques et les cartographies nécessaires à l'analyse des risques et à la planification des urgences et des interventions des secours ;
- d) rédiger les avis de prévention sur dossier pour les projets d'envergure nationale ;

- e) coordonner les activités en relation avec la prévention d'incendie et la planification des urgences et des interventions des secours au niveau national, zonal et local ;
- f) être à disposition des administrations communales et leur fournir pour l'accomplissement de leurs missions des textes sous forme d'avis, de prescriptions ou d'instructions techniques ;
- g) organiser, en collaboration avec la Direction de la coordination opérationnelle, les dispositifs prévisionnels pour les événements majeurs planifiables ;
- h) participer aux travaux du Haut-Commissariat à la Protection nationale en ce qui concerne les volets prévention, anticipation et gestion de crises ;
- i) contribuer avec les autres acteurs concernés en ce qui concerne les risques extraordinaires, naturels et technologiques, à l'analyse des risques et à l'établissement des plans d'intervention d'urgence y relatifs et
- j) participer à l'éducation du public en matière de prévention des risques et de sécurité civile.

**Art. 26.**

La Direction de la stratégie opérationnelle est chargée de l'élaboration de la doctrine opérationnelle du CGDIS. Elle veille à son application par l'organisation d'exercices de sécurité civile et en procédant à des retours d'expérience.

**Sous-section 4 - La Direction administrative et financière****Art. 27.**

La Direction administrative et financière est chargée des travaux d'ordre administratif général, de l'élaboration du projet de budget et de l'exécution du budget du CGDIS, de la facturation des différentes prestations du CGDIS, ainsi que de la gestion du personnel professionnel et volontaire.

**Sous-section 5 - La Direction médicale et de la santé****Art. 28.**

La Direction médicale et de la santé exerce les missions suivantes :

- a) la coordination organisationnelle et la gestion du SAMU ;
- b) la coordination des dispositifs sanitaires avec les plans d'intervention d'urgence ;
- c) le soutien sanitaire des interventions du CGDIS ;
- d) la gestion du suivi des examens médicaux d'aptitude des pompiers volontaires et professionnels ;
- e) la surveillance de la condition physique et psychique des pompiers volontaires et professionnels ;
- f) la mise en œuvre de la médecine préventive, de l'hygiène et de la sécurité au travail ;
- g) la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du CGDIS ;
- h) la gérance des produits pharmaceutiques.

Est rattaché à la Direction médicale et de la santé un service vétérinaire ayant comme mission de participer aux interventions de secours animaliers, de conseiller les intervenants concernant la conduite à tenir face à un animal représentant un danger physique ou biologique, de participer à la formation des pompiers volontaires et professionnels pour les interventions concernant les animaux ou la cynotechnie et d'assurer le suivi sanitaire des chiens du groupe cynotechnique.

La Direction médicale et de la santé comprend en outre une mission de prévention des accidents et des enquêtes qui participe à la politique de sécurité des pompiers volontaires et professionnels par ses pouvoirs d'enquête en cas d'accident et par l'animation d'un réseau de correspondants chargés de la sécurité au niveau des centres d'incendie et de secours et des groupes d'intervention spécialisés.

La Direction médicale et de la santé participe à la mise en œuvre de nouvelles doctrines opérationnelles, aux retours d'expérience et à la recherche en matière de nouvelles techniques et équipements de secours.

Un règlement grand-ducal détermine la nature et la périodicité du contrôle médical des pompiers volontaires et professionnels, ainsi que l'indemnisation des médecins et du personnel assistant pour autant qu'ils assurent leur mission sur base volontaire.

### **Sous-section 6 - La Direction des moyens logistiques**

#### **Art. 29.**

La Direction des moyens logistiques est chargée de l'acquisition, de la gestion, de l'entretien et de l'organisation des moyens, des infrastructures et des équipements techniques du CGDIS, dont les technologies de l'information et de la communication. Elle assure la gestion du charroi, des bâtiments et des stocks du CGDIS.

Le CGDIS peut recourir aux services du Centre des technologies de l'information de l'État pour contribuer au bon fonctionnement de ses installations informatiques.

La Direction des moyens logistiques est en charge de la préparation, de l'exécution et du suivi des marchés publics pour le compte du CGDIS.

### **Sous-section 7 - L'Institut national de formation des secours**

#### **Art. 30.**

L'Institut national de formation des secours exerce les missions suivantes :

- a) la conception de projets pédagogiques ;
- b) l'organisation de la formation initiale et continue des pompiers volontaires et professionnels ;
- c) la coordination et la promotion de la formation de la population ;
- d) de responsable pédagogique qui coordonne et anime le cadre de chargés de formation volontaires et professionnels et d'intervenants externes ;
- e) d'assurer le bon fonctionnement de l'INFS et de gérer les relations avec les partenaires professionnels et institutionnels de la formation ;
- f) de gestion de la reconnaissance des diplômes et des procédures quant à la validation des acquis de l'expérience.

### **Section 7 - Le personnel du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

#### **Sous-section 1 - Les généralités et les transferts de personnels au Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

#### **Art. 31.**

Le CGDIS comprend des pompiers volontaires qui sont soumis à des règles spécifiques conformément aux dispositions des articles 33 à 49 et qui ne peuvent exercer cette activité à temps complet, ainsi que des pompiers professionnels à engager sous le statut du fonctionnaire de l'État et appartenant à des cadres d'emplois créés en application de l'article 50.

Le CGDIS comporte un cadre du personnel administratif et technique à engager sous le statut du fonctionnaire de l'État, de l'employé de l'État ou du salarié de l'État.

Un règlement grand-ducal fixe les tenues, insignes et attributs des pompiers volontaires et professionnels du CGDIS.

#### **Art. 32.**

(1) Le personnel qui relève de l'Administration des services de secours et du Service d'incendie et de sauvetage de l'Administration de la navigation aérienne ou qui y est détaché, ainsi que les postes vacants au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi sont repris par le CGDIS.

Les fonctionnaires visés par l'alinéa qui précède, qui avaient avant l'entrée en vigueur de la présente loi une expectative de carrière plus avantageuse pour l'accès aux différents grades de leur carrière, conservent leurs anciennes possibilités d'avancement, ceci sans préjudice de l'article 41 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Les agents visés au présent paragraphe peuvent bénéficier d'une nomination dans un des groupes ou sous-groupes de traitement, décidée par le conseil d'administration, selon les conditions et les modalités définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 59.

(2) Le personnel du Service d'incendie et d'ambulances de la Ville de Luxembourg, engagé sous le statut du fonctionnaire ou de l'employé communal au moment de l'intégration de ce service au CGDIS, est repris par celui-ci. Les agents en question restent soumis à leur statut respectif. Pour ces agents, les compétences attribuées par une disposition légale ou réglementaire au collège des bourgmestre et échevins et au conseil communal en matière de gestion du personnel communal sont exercées par le conseil d'administration du CGDIS.

Les fonctionnaires visés par l'alinéa qui précède, qui exercent les missions de sapeur-pompier, peuvent opter dans le délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi et de façon irrévocable à être intégrés sous le statut du fonctionnaire de l'État dans le cadre des pompiers professionnels tel qu'il est prévu par l'article 50 en fonction de la carrière à laquelle ils appartiennent au moment de leur reprise par le CGDIS. Leur classement se fait sur base des conditions et modalités définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 59.

(3) Les fonctionnaires communaux exerçant des missions administratives ou techniques, engagés par les communes au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi et affectés aux services des centres d'incendie et de secours, peuvent être repris par le CGDIS sur demande à introduire dans le délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi. Les agents en question restent soumis à leur statut respectif. Pour ces agents, les compétences attribuées par une disposition légale ou réglementaire au collège des bourgmestre et échevins et au conseil communal en matière de gestion du personnel communal sont exercées par le conseil d'administration du CGDIS.

Les agents visés au présent paragraphe peuvent bénéficier d'une nomination dans un des groupes ou sous-groupes de traitement décidée par le conseil d'administration selon les conditions et les modalités définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 59.

(4) Le personnel exerçant des missions administratives ou techniques, engagé par les communes sous le statut du salarié à tâche manuelle et affecté aux services des centres d'incendie et de secours, peut être repris par le CGDIS sur demande à introduire dans le délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi. Ces agents sont engagés dans les conditions et suivant les modalités prévues par le contrat collectif des salariés de l'État.

Les agents visés au présent paragraphe peuvent bénéficier d'une nomination dans un des groupes ou sous-groupes de traitement décidée par le conseil d'administration selon les conditions et les modalités définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 59.

(5) Le personnel exerçant des missions administratives ou techniques, engagé par les communes sous le statut de l'employé communal ou du salarié à tâche principalement intellectuelle et affecté aux services des centres d'incendie et de secours, peut être repris par le CGDIS sur demande à introduire dans le délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi. Ces agents sont engagés sous le statut de l'employé de l'État et continuent à jouir de la rémunération à laquelle ils ont droit en exécution de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, du règlement grand-ducal modifié du 15 novembre 2001 concernant la rémunération des employés communaux.

Les agents visés au présent paragraphe peuvent bénéficier d'une nomination dans un des groupes ou sous-groupes de traitement décidée par le conseil d'administration selon les conditions et les modalités définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 59.

(6) Les agents repris ou intégrés au CGDIS en vertu du présent article et nommés à un emploi opérationnel, mais qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier d'une nomination dans un des groupes ou sous-groupes de traitement prévus aux articles 51 à 53, font partie des cadres définis à l'article 50 en ce qui concerne le calcul du nombre maximal des pompiers professionnels du cadre supérieur et du cadre moyen, ainsi que pour l'allocation de la prime de risque prévue à l'article 54.

(7) Les agents engagés ou repris par le CGDIS en exécution du présent article bénéficient d'une prime d'intégration non pensionnable de 15 points indiciaires. Elle s'élève à 35 points indiciaires pour les fonctionnaires relevant de la catégorie de traitement A, groupes de traitement A1 et A2, prévus au paragraphe 2.

La prime d'intégration est versée mensuellement avec la rémunération de l'agent bénéficiaire.

## **Sous-section 2 - L'engagement des pompiers volontaires du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

### **Art. 33.**

L'activité de pompier volontaire repose sur le volontariat et elle n'est pas exercée à titre professionnel, mais dans des conditions qui lui sont propres.

Par son engagement, le pompier volontaire participe, sur l'ensemble du territoire et à l'étranger, aux missions confiées au CGDIS, et il peut également exercer des missions ou remplir des fonctions particulières dans le cadre de l'organisation du CGDIS.

### **Art. 34.**

L'accès à l'activité de pompier volontaire est indépendant de l'exercice d'une activité professionnelle à titre principal. Un règlement grand-ducal peut déterminer les modalités et conditions d'accès.

Les pompiers volontaires sont soumis aux mêmes règles d'hygiène et de sécurité que les pompiers professionnels, telles que définies dans le règlement intérieur du CGDIS.

Les pompiers volontaires sont nommés et révoqués aux différents emplois par le conseil d'administration selon les modalités et les conditions déterminées par règlement grand-ducal.

Les pompiers volontaires qui ne remplissent pas ou plus les conditions d'engagement peuvent être affectés à des tâches autres que des interventions effectuées par leurs unités.

### **Art. 35.**

Le pompier volontaire perçoit, pour l'exercice de ses fonctions et de ses activités au sein du CGDIS, des indemnités déterminées par le conseil d'administration et soumises à l'approbation du Gouvernement en conseil.

Ces indemnités sont exemptes d'impôts. Le montant maximal de ces indemnités pouvant être perçues annuellement par un même pompier volontaire est arrêté par le conseil d'administration du CGDIS et soumis à l'approbation du Gouvernement en conseil.

Pour les missions d'une durée supérieure à vingt-quatre heures, le versement des indemnités peut être effectué sous la forme d'un forfait horaire journalier dont le montant est fixé par le conseil d'administration du CGDIS et soumis à l'approbation du Gouvernement en conseil.

### **Art. 36.**

Le cadre des pompiers volontaires comprend :

- a) le cadre supérieur ;
- b) le cadre moyen ;
- c) le cadre de base.

Chaque cadre comprend des grades fonctionnels à définir par règlement grand-ducal.

## **Sous-section 3 - La protection des pompiers volontaires du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

### **Art. 37.**

Le CGDIS protège les pompiers volontaires ou les anciens pompiers volontaires contre tout outrage ou attentat, toute menace, injure ou diffamation dont ils seraient l'objet en raison de leur qualité de pompier volontaire, ainsi que contre tout acte de harcèlement sexuel et tout acte de harcèlement moral à l'occasion de leurs activités au sein des secours. Dans la mesure où il l'estime nécessaire, le CGDIS assiste les intéressés dans les actions que ceux-ci peuvent être amenés à intenter contre les auteurs de tels actes. Il en est de même pour les actions qui seraient intentées par des tiers ou par les autorités judiciaires contre les pompiers volontaires ou les anciens pompiers volontaires devant les juridictions de l'ordre judiciaire.

Si les pompiers volontaires subissent un dommage pendant l'exercice de leur activité au sein des secours, le CGDIS les en indemnise pour autant qu'ils ne se trouvent pas, par faute ou négligence graves, à l'origine de ce dommage et n'ont pu obtenir réparation de l'auteur de celui-ci.

Dans la mesure où le CGDIS indemnise le pompier volontaire, il est subrogé dans les droits de ce dernier.

#### **Art. 38.**

Les pompiers volontaires jouissent dans l'exercice de leurs missions de l'assurance contre les accidents et maladies professionnelles conformément à l'article 91, point 4 du Code de la Sécurité sociale. Sont également assurés les jeunes pompiers inscrits auprès du CGDIS, ainsi que les vétérans qui assistent à une activité autorisée par le CGDIS.

Le CGDIS peut contracter des assurances complémentaires destinées à parfaire l'indemnisation des pompiers volontaires.

### **Sous-section 4 - La reconnaissance de l'engagement volontaire**

#### **Art. 39.**

Le CGDIS peut rembourser jusqu'à hauteur de cinquante pour cent des paiements effectués par le pompier volontaire pour la souscription d'une pension complémentaire dans le cadre du régime de la prévoyance-vieillesse ou d'une assurance maladie privée complémentaire.

Le remboursement des paiements pour la souscription d'une pension complémentaire dans le cadre du régime de la prévoyance-vieillesse et le remboursement d'une assurance maladie privée complémentaire sont cumulables pour le même pompier volontaire. Le remboursement cumulé ne peut pas dépasser le montant de 1 600 euros par année. Ce montant est adapté périodiquement aux variations du coût de la vie constaté par l'indice pondéré des prix à la consommation qui est établi et publié chaque mois par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Les conditions et les modalités du remboursement sont fixées par règlement grand-ducal. Le remboursement est exempt d'impôts.

#### **Art. 40.**

Le pompier volontaire qui a effectué au moins quinze ans de service a droit, à compter de l'année où il atteint la limite d'âge fixée par le règlement grand-ducal prévu à l'article 34, à une allocation de reconnaissance.

Le montant et les modalités d'attribution de l'allocation de reconnaissance sont fixés par règlement grand-ducal, sans que le montant annuel maximal ne puisse dépasser la somme de 600 euros. Ce montant est adapté périodiquement aux variations du coût de la vie constaté par l'indice pondéré des prix à la consommation qui est établi et publié chaque mois par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

L'allocation de reconnaissance est exempte d'impôts.

### **Sous-section 5 - Le congé spécial dans l'intérêt des pompiers volontaires du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

#### **Art. 41.**

Dans l'intérêt des pompiers volontaires assurant les secours dans le cadre du CGDIS et des membres des associations et organismes de secours prévus à l'article 99, il est institué un congé spécial dont les modalités sont déterminées aux articles suivants.

#### **Art. 42.**

Peuvent bénéficier du congé spécial défini à l'article 41 les personnes exerçant une activité professionnelle, soit dans le secteur public, soit dans le secteur privé, qui se soumettent aux activités de formation à préciser par règlement grand-ducal, ainsi que les personnes qui assurent la direction des cours visés et la formation

des chargés de cours. La durée du congé spécial pris à cet effet ne peut pas dépasser un maximum de vingt jours ouvrables par période de deux ans.

De surcroît, peuvent également bénéficier du congé spécial :

- a) les chefs de centre et chefs de centre adjoints, les chefs de groupe et chefs de groupe adjoints, ainsi que les chefs de zone adjoints dans le cadre de l'exercice de leurs attributions et pour autant qu'ils exercent cette fonction à titre volontaire. La durée du congé spécial pris à cet effet ne peut pas dépasser un maximum de sept jours ouvrables par an ;
- b) les membres du comité exécutif et les membres du bureau de la commission des jeunes pompiers de la Fédération nationale des pompiers dans le cadre de l'exercice de leurs attributions et pour autant qu'ils exercent cette fonction à titre volontaire. La durée du congé spécial pris à cet effet ne peut pas dépasser un maximum de sept jours ouvrables par an ;
- c) les pompiers volontaires du groupe d'intervention chargé de missions humanitaires en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg en cas d'événements calamiteux sur ordre du Gouvernement, soit sur demande du ou des pays concernés, soit dans le cadre d'une assistance internationale ;
- d) les personnes qui assument les devoirs de représentation à préciser par règlement grand-ducal. La durée du congé spécial pris à cet effet ne peut pas dépasser un maximum de sept jours ouvrables par an.

#### **Art. 43.**

La durée totale du congé spécial ne peut dépasser soixante jours ouvrables pour chaque bénéficiaire au cours de sa carrière au sein des secours, sauf en ce qui concerne, pour ce maximum, les chargés de cours et les personnes visées à l'article 42, alinéa 2. Le congé spécial peut être fractionné, chaque fraction ayant quatre heures au moins.

La durée du congé spécial ne peut pas être imputée sur le congé normal prévu par la loi ou les conventions. Sauf accord de l'employeur, le congé spécial ne peut pas être rattaché à une période de congé annuel ou à un congé de maladie pour le cas où ce cumul causerait une absence continue dépassant la durée totale du congé annuel dû.

#### **Art. 44.**

Le congé spécial peut être différé, si l'absence sollicitée risque d'avoir une répercussion majeure préjudiciable à l'exploitation de l'entreprise, au bon fonctionnement de l'administration ou du service public ou au déroulement harmonieux du congé annuel payé du personnel.

#### **Art. 45.**

La durée du congé spécial est assimilée à une période de travail effectif. Pendant la durée du congé spécial, les dispositions législatives en matière de sécurité sociale et de protection du travail restent applicables aux bénéficiaires.

#### **Art. 46.**

Pendant la durée du congé spécial, les salariés des secteurs public et privé continuent à toucher leur rémunération et à jouir des avantages attachés à leur fonction.

#### **Art. 47.**

Les personnes qui exercent une activité professionnelle indépendante touchent une indemnité équivalente à celle fixée en vertu de l'article 81 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, suivant les modalités à fixer par règlement grand-ducal.

#### **Art. 48.**

Les salaires payés pendant le congé spécial dans le secteur privé et les indemnités versées aux indépendants sont à charge du CGDIS pour ce qui concerne les pompiers volontaires de ses unités, suivant

des modalités à fixer par règlement grand-ducal. Les salaires et indemnités réduits à raison du congé spécial accordé aux responsables de la Fédération nationale des pompiers, ainsi qu'aux membres des associations et organismes de secours agréés en vertu de l'article 99 sont à charge de l'État.

**Art. 49.**

Les employeurs des secteurs public et privé sont tenus de dispenser de leurs obligations professionnelles leurs salariés membres d'une unité de secours du CGDIS à l'occasion de situations d'urgences demandant l'intervention de l'unité dont ils relèvent.

Lorsque cette situation d'urgence crée une obligation professionnelle dans le chef du personnel du service public en relation avec ses missions au même titre que celle décrite à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les employeurs sont dispensés de l'obligation prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Lorsque l'employeur estime qu'une absence du travail dans le contexte du présent article est abusive, il peut se pourvoir en arbitrage devant le ministre.

L'employeur du secteur privé peut par ailleurs demander la restitution des pertes encourues par l'absence du personnel survenue en raison du présent article suivant des modalités à fixer par règlement grand-ducal.

Les pompiers volontaires sans profession ou exerçant une profession indépendante peuvent toucher une indemnité dont le montant est fixé forfaitairement et uniformément par règlement grand-ducal.

**Sous-section 6 - Les dispositions applicables au cadre des pompiers professionnels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours****Art. 50.**

Le cadre des pompiers professionnels comporte

- a) le cadre supérieur ;
- b) le cadre moyen ;
- c) le cadre de base.

Chaque cadre comprend des grades fonctionnels à définir par règlement grand-ducal.

**Art. 51.**

(1) En fonction de leur qualification et du profil de l'emploi concerné, les agents du cadre supérieur relèvent de la catégorie de traitement A, groupes de traitement A1 ou A2, prévus par l'article 11 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Les pompiers professionnels du cadre supérieur appartenant au groupe de traitement A1 sont soumis, en ce qui concerne la fixation de leur traitement, aux dispositions applicables aux sous-groupes de traitement figurant à l'article 12, paragraphe 1<sup>er</sup>, lettres a), b) et c) de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Toutefois, les conditions d'avancement et de promotion relatives à l'accomplissement d'une formation continue y prévues ne leur sont pas applicables pour ce qui est de l'accès au niveau supérieur. Pour ces agents, l'accès au niveau supérieur est subordonné à la condition de remplir les conditions d'exercice correspondant à l'emploi au niveau du commandement des opérations de secours telles que définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 74.

Ces agents exercent les fonctions d'officier pompier divisionnaire au niveau général, ainsi que celles d'officier pompier divisionnaire dirigeant, lorsqu'ils sont classés à un grade du niveau supérieur.

Les pompiers professionnels du cadre supérieur appartenant au groupe de traitement A2 sont soumis, en ce qui concerne la fixation de leur traitement, aux dispositions figurant à l'article 12, paragraphe 2 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.

Toutefois, les conditions d'avancement et de promotion relatives à l'accomplissement d'une formation continue y prévues ne leur sont pas applicables pour ce qui est de l'accès au niveau supérieur. Pour ces agents, l'accès au niveau supérieur est subordonné à la condition de remplir les conditions d'exercice

correspondant à l'emploi au niveau du commandement des opérations de secours telles que définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 74.

Ces agents exercent les fonctions d'officier pompier au niveau général, ainsi que celles d'officier pompier dirigeant, lorsqu'ils sont classés à un grade du niveau supérieur.

(2) Le nombre des pompiers professionnels du cadre supérieur ne peut pas dépasser huit pour cent de l'effectif total des pompiers professionnels.

#### **Art. 52.**

(1) En fonction de leur qualification et du profil de l'emploi concerné, les agents du cadre moyen relèvent de la catégorie de traitement B, groupe de traitement B1, prévu par l'article 11 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État et ils sont soumis, en ce qui concerne la fixation de leur traitement, aux dispositions applicables aux sous-groupes de traitement figurant à l'article 12, paragraphe 3, lettres a), b) et c) de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État. Toutefois, les conditions d'avancement et de promotion relatives à l'accomplissement d'une formation continue y prévues ne leur sont pas applicables pour ce qui est de l'accès au niveau supérieur. Pour ces agents, l'accès au niveau supérieur est subordonné à la condition de remplir les conditions d'exercice correspondant à l'emploi au niveau du commandement des opérations de secours telles que définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 74.

Ces agents exercent les fonctions de sous-officier pompier au niveau général, ainsi que celles de sous-officier pompier dirigeant, lorsqu'ils sont classés à un grade du niveau supérieur.

(2) Le nombre des pompiers professionnels du cadre moyen ne peut pas dépasser douze pour cent de l'effectif total des pompiers professionnels.

#### **Art. 53.**

(1) Les agents du cadre de base relèvent de la catégorie de traitement C, groupe de traitement C1, prévus par l'article 11 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État et ils sont soumis en ce qui concerne la fixation de leur traitement aux dispositions applicables aux sous-groupes de traitement figurant à l'article 12, paragraphe 4, lettres a) et b) de cette même loi.

Toutefois, les conditions d'avancement et de promotion relatives à l'accomplissement d'une formation continue y prévues ne leur sont pas applicables pour ce qui est de l'accès au niveau supérieur. Pour ces agents, l'accès au niveau supérieur est subordonné à la condition de remplir les conditions d'exercice correspondant à l'emploi au niveau du commandement des opérations de secours telles que définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 74.

Ces agents exercent les fonctions de pompier au niveau général, ainsi que celles de pompier dirigeant, lorsqu'ils sont classés à un grade du niveau supérieur.

(2) Les dispositions de l'article 4, paragraphe 1<sup>er</sup> de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant les conditions et modalités de l'accès du fonctionnaire à un groupe de traitement supérieur au sien et de l'employé de l'État à un groupe d'indemnité supérieur au sien ne s'appliquent pas aux agents du cadre visé par le présent article.

#### **Art. 54.**

Une prime de risque non pensionnable de 20 points est allouée aux agents du cadre de base tel que défini à l'article 53.

Une prime de risque non pensionnable de 15 points est allouée aux agents du cadre moyen tel que défini à l'article 52, ainsi qu'aux agents du cadre supérieur tel que défini à l'article 51.

Une prime de risque non pensionnable de 15 points est allouée au directeur général, ainsi qu'aux directeurs fonctionnels, à l'exception du directeur administratif et financier.

**Art. 55.**

Les candidats pour la carrière du cadre de base du pompier professionnel doivent avoir au moins subi avec succès l'enseignement des cinq premières années d'études dans un établissement d'enseignement secondaire ou avoir réussi le cycle moyen de l'enseignement secondaire technique, soit du régime technique, soit du régime de la formation de technicien, ou présenter une attestation portant sur des études reconnues équivalentes par le ministre ayant l'Éducation nationale dans ses attributions.

Par dérogation aux conditions fixées ci-dessus, les volontaires de l'armée ayant accompli au moins trente-six mois de service militaire et justifiant avoir accompli avec succès trois années d'études secondaires ou secondaires techniques ou présentant une attestation portant sur des études reconnues équivalentes par le ministre ayant l'Éducation nationale dans ses attributions et ayant au moins le grade de soldat-chef sont autorisés à participer à l'examen-concours pour l'admission à la carrière du cadre de base du pompier professionnel.

Pour le volontaire de l'armée ayant réussi la formation professionnelle de base, la durée du service volontaire d'au moins deux années, pendant laquelle l'intéressé a été détaché au CGDIS à la suite de la période minimale de trente-six mois de service militaire, est considérée comme période de stage au sens de l'article 2, paragraphe 3 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État.

Le détachement au CGDIS du volontaire de l'armée, prévu à l'alinéa qui précède, est considéré comme admission au stage au sens de l'application du droit de priorité prévu à l'article 25 de la loi modifiée du 23 juillet 1952 concernant l'organisation militaire.

**Art. 56.**

Le pompier volontaire ayant un niveau de formation lui permettant d'occuper la fonction de chef de binôme ou une fonction équivalente dispose d'un droit de priorité par rapport aux autres candidats pour l'accès aux emplois au sein du CGDIS dans le cadre moyen et le cadre de base.

**Art. 57.**

Le droit de priorité est mis en exécution si le pompier volontaire a satisfait aux conditions de réussite prescrites à l'examen-concours prévu pour l'emploi brigué. Le droit de priorité s'exerce indépendamment du rang de classement obtenu à cet examen.

Un relevé de classement séparé ne portant que sur les candidats pompiers volontaires est établi à l'occasion de chaque examen-concours.

Ce relevé renseigne sur le classement des candidats pompiers volontaires en ordre décroissant, suivant l'ensemble des points obtenus dans toutes les épreuves, et détermine les candidats qui se sont classés en rang utile pour occuper un poste vacant.

Les pompiers volontaires figurant sur le relevé séparé mentionné à l'alinéa précédent sont sélectionnés et affectés avant les autres candidats.

**Art. 58.**

Par dérogation à l'article 5, paragraphe 1<sup>er</sup>, point 1 de la loi modifiée du 15 juin 1999 portant organisation de l'Institut national d'administration publique, le stage des agents ne comporte pas de formation à l'Institut national d'administration publique, appelé par la suite « INAP ». Toutefois, l'INFS peut conclure des accords avec l'INAP pour permettre à son personnel d'y suivre des cours déterminés.

**Art. 59.**

Un règlement grand-ducal fixe les conditions de recrutement, de formation et de nomination aux emplois des membres des cadres des pompiers professionnels du CGDIS.

## Section 8 - Les finances et les ressources du Corps grand-ducal d'incendie et de secours

### Sous-section 1 - Le budget et les comptes

#### Art. 60.

Le CGDIS dispose des recettes suivantes :

- a) le produit annuel de l'augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée non prise en compte pour le calcul des dotations aux communes, sur base de l'article 26, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, lettre f) de la loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 ;
- b) l'impôt spécial dans l'intérêt des services de secours instauré par la loi du 23 juillet 2016 portant création d'un impôt dans l'intérêt des services de secours, à charge de tout assureur qui commercialise une police d'assurance de responsabilité civile pour automobiliste ;
- c) la participation étatique obligatoire provenant du budget des recettes et des dépenses de l'État et dont le montant sera inscrit chaque année dans la loi budgétaire ;
- d) la participation obligatoire des communes conformément à l'article 100 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988 ;
- e) d'autres participations financières de l'État ou des communes ;
- f) des recettes pour prestations et services fournis ;
- g) des donations et des legs ;
- h) des recettes de location et de mise à disposition d'installations et d'équipements ;
- i) des emprunts éventuels.

#### Art. 61.

Les dépenses nécessaires au fonctionnement du SAMU et du Service d'incendie et de sauvetage de l'Aéroport de Luxembourg, les frais engendrés par les missions humanitaires du CGDIS en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg, ainsi que les dépenses résultant de l'assistance réciproque entre États sont pris en charge exclusivement par l'État. Les recettes générées par ces prestations sont comptabilisées au seul profit de l'État.

Sont également à charge de l'État les dépenses résultant de la convention conclue en date du 7 mai 2014 entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et Luxembourg Air Rescue asbl.

#### Art. 62.

L'État et les communes prennent en charge ou se répartissent la différence entre l'ensemble des dépenses du CGDIS hormis celles prévues à l'article 61 et l'ensemble des recettes du CGDIS énumérées à l'article 60 hormis celles prévues aux lettres c) et d), telles que ces dépenses et recettes sont arrêtées au budget.

La participation obligatoire de l'État et des communes est financée à cinquante pour cent par l'État et à cinquante pour cent par l'ensemble des communes du pays suivant les dispositions de l'article 100 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988.

#### Art. 63.

À partir de 2023, la progression positive d'un exercice à l'autre de l'ensemble des dépenses du CGDIS hormis celles prévues à l'article 61 ne peut dépasser, sur la même période, la progression positive des recettes perçues au profit du Fonds de dotation globale des communes, des participations directes au produit en impôt commercial communal, ainsi que des mesures de compensation éventuelles, déduction faite des participations éventuelles au Fonds pour l'emploi, telles que définies dans la loi du 14 décembre 2016 portant création d'un Fonds de dotation globale des communes.

#### Art. 64.

L'exercice financier du CGDIS coïncide avec l'année civile. Les comptes du CGDIS sont tenus selon les principes et les modalités de la comptabilité générale.

Pour le 31 mars au plus tard de l'année qui suit l'exercice concerné, le directeur général soumet à l'approbation du conseil d'administration les comptes annuels du CGDIS arrêtés au 31 décembre de l'exercice écoulé, avec le rapport du réviseur d'entreprise agréé.

Les comptes annuels sont composés du bilan, du compte de profits et pertes dans lesquels les amortissements doivent être faits et de l'annexe. L'annexe apporte des précisions sur les rubriques du bilan et du compte de profits et pertes.

#### **Art. 65.**

Le conseil d'administration désigne un réviseur d'entreprises agréé, chargé du contrôle des comptes du CGDIS et de la régularité des opérations effectuées et des écritures comptables.

Le réviseur est désigné pour une période de trois ans. Son mandat est renouvelable. Sa rémunération est à charge du CGDIS.

Il dresse à l'intention du conseil d'administration un rapport détaillé sur les comptes du CGDIS. Il peut être chargé par le conseil d'administration de procéder à des vérifications spécifiques.

Le CGDIS est soumis au contrôle de la Cour des comptes quant à l'emploi conforme des concours financiers publics qui lui sont affectés par l'État.

#### **Art. 66.**

Pour le 1<sup>er</sup> mai de chaque année au plus tard, le conseil d'administration présente au Gouvernement en conseil les comptes de fin d'exercice auxquels est joint un rapport circonstancié sur la situation et le fonctionnement du CGDIS, ainsi que le rapport du réviseur d'entreprises.

Le Gouvernement en conseil décide sur la décharge à donner au conseil d'administration.

#### **Art. 67.**

Le CGDIS est affranchi de tous impôts et taxes au profit de l'État et des communes à l'exception des taxes rémunératoires.

Il est exempt du paiement du prix de l'eau utilisée dans le cadre de l'exercice de ses missions telles que définies à l'article 4.

Les dispositions de l'article 150 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu sont applicables au CGDIS. Les actes passés au nom et en faveur du CGDIS sont exempts de droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèque et de succession.

Les dons en espèces faits au CGDIS sont déductibles comme dépenses spéciales conformément à l'article 109 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

### **Sous-section 2 - L'utilité publique**

#### **Art. 68.**

Les travaux de construction des centres d'incendie et de secours, du centre de soutien logistique et des infrastructures nécessaires à la formation sont déclarés d'utilité publique.

### **Chapitre III - L'organisation territoriale et opérationnelle du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

#### **Section 1 - Le plan national d'organisation des secours et le règlement intérieur**

#### **Art. 69.**

Un plan national d'organisation des secours dresse l'inventaire des risques de toute nature pour la sécurité des personnes et des biens auxquels doivent faire face les secours et détermine les objectifs de couverture de ces risques par ceux-ci.

Le projet de plan national d'organisation des secours est élaboré par le ministre avec le concours du CGDIS. Le projet de plan national est transmis aux communes et au Conseil supérieur de la sécurité civile, qui

disposent d'un délai de trois mois à compter de cette transmission pour faire part de leurs observations. Le ministre dresse un rapport de synthèse des observations qui lui sont parvenues de la part des communes dans le délai précité. Ce rapport, ainsi que l'avis du Conseil supérieur, s'il est parvenu dans le délai précité, sont joints au projet de plan national.

Le ministre propose au Gouvernement en conseil les suites à réserver auxdits avis et les modifications éventuelles du projet de plan national.

Au terme de cette phase d'élaboration et de consultation, le plan national d'organisation des secours est arrêté par règlement grand-ducal et publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le plan national est révisé au moins tous les cinq ans à l'initiative du ministre ou sur demande du conseil d'administration du CGDIS.

#### **Art. 70.**

Sans préjudice de l'application de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État, un règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement du CGDIS, ainsi que les obligations de service de l'ensemble des agents, ceux-ci concourant, quels que soient leur cadre d'emploi et leur statut, à l'exécution de la même mission de service public.

Il détermine les règles propres au CGDIS aux fins d'application des dispositions législatives et réglementaires qui le concernent.

Il détermine l'ensemble des règles d'organisation du CGDIS qui s'inscrit dans un management par la qualité.

Le règlement intérieur est arrêté par le conseil d'administration. Il est publié par le CGDIS sous une forme appropriée et communiqué au ministre et aux bourgmestres.

### **Section 2 - L'organisation territoriale et opérationnelle des secours**

#### **Art. 71.**

Le CGDIS intervient pour le compte de la commune du lieu de l'intervention en application de l'article 3 du décret des 16 - 24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, sauf dans les cas prévus par l'article 72.

#### **Art. 72.**

Le CGDIS intervient pour le compte de l'État dans les cas suivants :

- a) en cas d'accident, sinistre ou catastrophe dont les conséquences dépassent les limites ou les capacités d'une commune ;
- b) lorsque, suite aux conséquences d'un accident, d'un sinistre ou d'une catastrophe, l'autorité communale du lieu de l'intervention demande l'intervention de l'État ;
- c) lorsque, suite aux conséquences d'un accident, d'un sinistre ou d'une catastrophe, l'autorité communale n'est plus en mesure d'exercer ses attributions ;
- d) en cas d'accident, sinistre ou catastrophe dont les conséquences requièrent une demande d'assistance internationale ;
- e) lors de la mise en œuvre d'un plan d'intervention d'urgence ;
- f) lorsque l'autorité communale s'est abstenue ou refuse de prendre les mesures appropriées, après une mise en demeure par le ministre ou son délégué restée sans résultat ;
- g) en cas de réquisition du CGDIS par le ministre sur base de l'article 5. Le droit de réquisition du ministre prime sur celui des bourgmestres.

#### **Art. 73.**

Le commandant des opérations de secours est chargé de la mise en œuvre de tous les moyens mobilisés pour l'accomplissement des opérations de secours. Il commande l'ensemble du dispositif de secours et assure la conduite des opérations de secours. Le commandement des opérations de secours relève du directeur général ou, en son absence, d'un pompier professionnel ou volontaire conformément au règlement opérationnel.

**Art. 74.**

Un règlement grand-ducal définit le cadre de l'organisation opérationnelle et les règles du commandement des opérations de secours.

Un règlement opérationnel précise la mise en œuvre des moyens opérationnels, les consignes opérationnelles relatives aux différentes missions du CGDIS et détermine les effectifs, ainsi que les matériels nécessaires.

Le règlement opérationnel se base sur le plan national d'organisation des secours et les dispositions des référentiels mentionnés à l'article 90.

Le règlement opérationnel est arrêté par le conseil d'administration et publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

**Art. 75.**

La fonction de commandant des opérations de secours telle que définie à l'article 73 est incompatible avec la fonction de membre du Gouvernement, de conseiller adjoint au Gouvernement, de Haut-Commissaire à la Protection nationale, de bourgmestre et d'échevin.

**Art. 76.**

Le CGDIS peut contribuer à l'organisation des secours et de la médicalisation d'évènements exceptionnels ou à la couverture des risques des grands rassemblements programmés.

Les modalités de cette contribution sont fixées par le biais de conventions à conclure avec l'organisateur de l'évènement et sans que la capacité opérationnelle du CGDIS soit affectée.

### **Section 3 - L'organisation territoriale et opérationnelle du Corps grand-ducal d'incendie et de secours**

**Art. 77.**

Les centres d'incendie et de secours sont organisés au sein de zones de secours et exercent des missions opérationnelles, administratives et techniques dans les conditions fixées par le règlement opérationnel et par le règlement intérieur du CGDIS. Les zones de secours sont subdivisées en groupements qui rassemblent plusieurs centres d'incendie et de secours.

**Art. 78.**

Chaque zone de secours est placée sous la direction d'un chef de zone, pompier professionnel du cadre supérieur, qui a pour mission de surveiller et de superviser les centres d'incendie et de secours, d'assurer la qualité des services prestés, de contribuer à l'orientation des stratégies du CGDIS en général et de sa zone de secours en particulier. Le chef de zone est l'interlocuteur privilégié du CGDIS pour les autorités communales faisant partie de la zone de secours, ainsi que pour les relations avec les tiers pour toute affaire relevant de sa zone de secours.

Le chef de zone est assisté par un chef de zone adjoint auquel il peut déléguer une partie de ses attributions et qui le remplace en cas d'absence. Le chef de zone adjoint est nommé parmi les pompiers volontaires ou professionnels du cadre supérieur.

Le chef de zone et le chef de zone adjoint sont nommés et révoqués par le conseil d'administration sur proposition du comité directeur.

**Art. 79.**

L'organisation territoriale du CGDIS tient compte du plan national d'organisation des secours. Elle comprend des centres d'incendie et de secours, des groupes d'intervention spécialisés chargés de missions particulières, ainsi qu'un centre de soutien logistique.

Chaque centre d'incendie et de secours est dirigé par un chef de centre assisté d'un ou de plusieurs chefs de centre adjoints, nommés et révoqués par le conseil d'administration sur proposition du comité directeur.

Chaque groupe d'intervention spécialisé est dirigé par un chef de groupe assisté d'un ou de plusieurs chefs de groupe adjoints, nommés et révoqués par le conseil d'administration sur proposition du comité directeur.

#### **Art. 80.**

Les centres d'incendie et de secours sont les unités organisationnelles chargées principalement des missions de secours.

Ils sont créés et classés en six catégories conformément aux objectifs suivants :

- a) les centres d'incendie et de secours de catégorie *IVbis* assurent simultanément au moins deux départs en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie ou de sauvetage, au moins quatre départs en intervention pour une mission de secours d'urgence aux personnes et deux autres départs en intervention ;
- b) les centres d'incendie et de secours de catégorie *IV* assurent simultanément au moins deux départs en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie ou de sauvetage, au moins deux départs en intervention pour une mission de secours d'urgence aux personnes et un autre départ en intervention ;
- c) les centres d'incendie et de secours de catégorie *III* assurent simultanément au moins un départ en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie ou de sauvetage, au moins un départ en intervention pour une mission de secours d'urgence aux personnes et un autre départ en intervention ;
- d) les centres d'incendie et de secours de catégorie *II* assurent simultanément au moins un départ en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie ou de sauvetage et un autre départ en intervention ;
- e) les centres d'incendie et de secours de catégorie *IIbis* assurent simultanément au moins un départ en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie ou de sauvetage et une mission de secours d'urgence aux personnes ;
- f) les centres d'incendie et de secours de catégorie *I* assurent au moins un départ en intervention.

La liste des catégorisations des centres d'incendie et de secours, l'effectif de garde et d'astreinte et la dotation minimale en véhicules et matériels sont définis dans le règlement opérationnel en tenant compte des orientations du plan national d'organisation des secours.

L'implantation des centres d'incendie et de secours doit respecter les objectifs de couverture définis par le plan national d'organisation des secours.

Dans le but de la couverture d'un risque temporaire ou spécifique, le directeur général peut activer un centre d'incendie et de secours provisoire ou modifier temporairement l'effectif minimum d'un centre d'incendie et de secours.

#### **Art. 81.**

Le dimensionnement d'un potentiel opérationnel journalier nécessaire à l'activité opérationnelle est défini dans le règlement opérationnel pour chaque centre d'incendie et de secours.

Le potentiel opérationnel journalier est un objectif optimal à atteindre. Il correspond à l'effectif en pompiers, professionnels ou volontaires, nécessaire pour assurer la réponse opérationnelle, en fonction de la disponibilité instantanée, hors toutes autres activités. Cet effectif disponible peut être, selon les cas, en garde casernée ou en astreinte.

Les délais de réponse liés à ces gardes et à ces astreintes sont définis dans le règlement opérationnel.

#### **Art. 82.**

La dotation de matériels des centres d'incendie et de secours est de la responsabilité exclusive du CGDIS. Elle se fait en fonction de l'analyse des risques fournie par le plan national d'organisation des secours. La qualification et le nombre des équipages des véhicules, ainsi que les équivalences d'engins sont définis dans le règlement opérationnel.

**Art. 83.**

En raison de certains risques particuliers identifiés par le plan national d'organisation des secours, le CGDIS dispose de groupes d'intervention spécialisés, composés de personnels et de matériels adaptés aux risques concernés.

Pour chaque groupe d'intervention spécialisé, un règlement opérationnel spécifique détermine les modalités d'aptitude opérationnelle, les moyens matériels affectés à l'unité, son champ d'action et les conditions de mise en œuvre opérationnelle.

**Art. 84.**

Le CGDIS entretient un groupe d'intervention chargé de missions de sécurité civile et de missions humanitaires en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Ce groupe d'intervention peut comprendre, outre les pompiers volontaires et professionnels, des membres des associations et organismes de secours ayant la sécurité civile dans leur objet social prévus à l'article 99. L'ordre de mission relatif à ces interventions est donné exclusivement par le ministre, le ministre ayant la Coopération et l'Action humanitaire dans ses attributions entendu en son avis. Les frais résultant de ces missions sont pris en charge par l'État.

**Art. 85.**

Le CGDIS dispose d'un centre de soutien logistique qui constitue une réserve nationale de moyens d'intervention pour des situations d'exception, de véhicules de remplacement et qui peut faire office de centre de maintenance pour des équipements d'intervention spécifiques.

Le centre de soutien logistique est dirigé par un chef de centre assisté d'un ou de plusieurs chefs de centre adjoints, nommés et révoqués par le conseil d'administration sur proposition du comité directeur.

#### **Chapitre IV - Le Service d'aide médicale urgente**

**Art. 86.**

Le SAMU a comme mission la prise en charge médicale spécialisée d'un ou de plusieurs patients se trouvant en détresse vitale ou dont l'état requiert de façon urgente une expertise médicale pour des soins d'urgences ou de réanimation et pour leur orientation. La coordination organisationnelle et la gestion du service sont assurées par la Direction médicale et de la santé.

**Art. 87.**

La couverture territoriale du SAMU est définie par le plan national d'organisation des secours en tenant compte des dispositions du plan hospitalier national, le ministre ayant la Santé dans ses attributions demandé en son avis.

Il est engagé en intervention par le Central des secours d'urgence suivant une procédure de déclenchement opérationnelle prédéfinie.

**Art. 88.**

Le CGDIS établit un référentiel de ressources et d'organisation pour le SAMU, un organisme représentatif des médecins du SAMU demandé en son avis.

Pour assurer sa couverture médico-soignante, le CGDIS élabore un contrat-type de collaboration à conclure avec les établissements hospitaliers, un organisme représentatif des hôpitaux demandé en son avis.

Le CGDIS établit un contrat-type de prestation de service à conclure avec les médecins participant au service, un organisme représentatif des médecins du SAMU demandé en son avis.

## Chapitre V - Le Service d'incendie et de sauvetage de l'Aéroport de Luxembourg

### Art. 89.

Conformément à l'article 4, le CGDIS opère le Service d'incendie et de sauvetage pour le compte de l'Administration de la navigation aérienne.

Ce service a pour mission légale d'intervenir en cas d'accident ou d'incident d'aéronef survenu à l'Aéroport de Luxembourg et ses abords immédiats.

Le Service d'incendie et de sauvetage est chargé :

- a) d'intervenir en cas d'accident ou d'incident d'aéronef survenu à l'Aéroport de Luxembourg et ses abords immédiats ;
- b) de participer aux activités de recherches et de sauvetage des aéronefs en détresse et aux études dans ce domaine ;
- c) de contribuer à l'élaboration des procédures et de la réglementation « Search and Rescue » (SAR), y compris celles du service d'alerte de l'Administration de la navigation aérienne ;
- d) d'intervenir en cas d'une urgence environnementale et d'aider toute personne se trouvant dans une situation critique dans l'enceinte aéroportuaire.

Des conventions précisent les modalités spécifiques pour les services à fournir par le CGDIS à l'Administration de la navigation aérienne, afin de lui garantir que toutes les exigences législatives et réglementaires tant internationales, européennes que nationales soient respectées dans le cadre des standards requis et des procédures administratives relatives aux aérodromes, aussi lorsque ces activités sont sous-traitées par l'exploitant d'un aérodrome.

## Chapitre VI - La formation en matière de secours

### Section 1 - L'organisation de la formation des secours

#### Art. 90.

Le règlement intérieur du CGDIS détermine les modalités d'élaboration des référentiels, les modalités de l'organisation de la formation des pompiers volontaires et professionnels, ainsi que de l'organisation des examens et de la certification.

Les caractéristiques et les conditions d'exercice des différents emplois tenus par les pompiers volontaires et professionnels sont définies dans le cadre de référentiels élaborés par le CGDIS :

- a) le référentiel des emplois, des activités et des compétences de tronc commun du cadre de base et du cadre moyen ;
- b) le référentiel des emplois, des activités et des compétences de tronc commun du cadre supérieur ;
- c) le référentiel des emplois, des activités et des compétences de spécialités.

Sur proposition du directeur général, le conseil d'administration du CGDIS peut nommer un groupe curriculaire qui a comme mission la préparation et l'établissement des référentiels visés à l'alinéa 2. La composition et les modalités de fonctionnement du groupe curriculaire sont déterminées par le règlement intérieur du CGDIS.

Les pompiers volontaires et professionnels ayant validé leur formation à l'INFS se voient délivrer un diplôme par le ministre.

#### Art. 91.

À côté de l'INFS, d'autres établissements et organismes peuvent être habilités par le ministre à dispenser des formations.

Un règlement grand-ducal peut préciser les conditions suivant lesquelles l'organisme formateur peut obtenir un agrément du ministre.

## Section 2 - La reconnaissance des diplômes et la validation des acquis

### Art. 92.

Le CGDIS met en place une procédure de reconnaissance d'équivalences qui peut donner lieu à une reconnaissance d'attestations, de brevets et de diplômes permettant aux pompiers volontaires et professionnels d'être dispensés totalement ou partiellement des formations permettant de tenir les emplois et fonctions correspondants.

La procédure de reconnaissance est arrêtée par le règlement intérieur du CGDIS.

### Art. 93.

Peuvent donner lieu à validation les acquis de l'expérience correspondant à l'exercice, continu ou non, pendant une durée cumulée d'au moins trois ans, d'activités salariées, non salariées ou bénévoles.

La validation des acquis de l'expérience est un dispositif qui permet à toute personne de demander que soient reconnus et validés les acquis de son expérience en vue d'être dispensée totalement ou partiellement des formations reprises à l'article 90.

Ces acquis doivent justifier en tout ou en partie des connaissances et des aptitudes exigées pour l'obtention des titres ou formations requises pour avoir la possibilité d'être nommé à un emploi défini dans le cadre des référentiels prévus à l'article 90.

Peuvent également donner lieu à validation des périodes de formation continue certifiées. L'accès est subordonné à la présentation d'un dossier et à un entretien.

La procédure de la validation des acquis de l'expérience est arrêtée par le règlement intérieur du CGDIS.

### Art. 94.

Sur proposition du directeur général, le conseil d'administration du CGDIS nomme une commission de la reconnaissance des diplômes et de la validation des acquis.

La commission a comme mission d'examiner les demandes présentées et d'émettre un avis sur la totalité ou une partie des connaissances, aptitudes et compétences reconnues pour l'obtention d'un diplôme ou nécessaire à la reconnaissance d'une formation.

Cette commission peut demander une évaluation du pompier volontaire ou professionnel portant sur tout ou une partie des acquis relatifs à la reconnaissance d'attestations, de brevets et de diplômes ou à la validation des acquis de l'expérience demandée.

La composition et les modalités de fonctionnement de la commission sont déterminées par le règlement intérieur du CGDIS.

## Chapitre VII - La sécurité civile

### Art. 95.

Lorsqu'il y a menace d'événements calamiteux, de catastrophes et de sinistres imputables ou non à un conflit international armé, le ministre peut, en vue d'assurer la protection de la population, obliger celle-ci à s'éloigner des lieux ou régions particulièrement exposés, menacés ou sinistrés, et assigner un lieu de séjour provisoire aux personnes visées par cette mesure. Il peut, pour le même motif, interdire tout déplacement ou mouvement de la population.

Le ministre ou son délégué peut faire procéder d'office à l'exécution de ces mesures, le tout aux frais de ceux qui sont restés en défaut de se conformer aux prescriptions faites en application de la présente loi.

Le recouvrement des dépenses avancées par l'État se fait par l'Administration de l'enregistrement et des domaines.

Les instances sont poursuivies et jugées conformément aux principes applicables en matière d'enregistrement.

**Art. 96.**

Dans le cadre des interventions des services de secours, le directeur général, les directeurs fonctionnels dans le cadre de leurs attributions respectives, ainsi que le commandant des opérations de secours peuvent requérir le concours de personnes qui sont tenues d'obtempérer et de fournir les moyens nécessaires. Les modalités d'indemnisation, de recours, ainsi que celles se rapportant aux mesures sociales sont régies par la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale ou de catastrophe.

En cas d'événements graves, les obligations des habitants, des communes, des services publics et de tout organisme public ou privé appelés à exercer des missions dans l'organisation et la réalisation de la mission des secours peuvent être déterminées par règlement grand-ducal.

**Art. 97.**

L'organisation des secours revêtant une ampleur ou une nature particulière peut faire l'objet d'un plan d'intervention des secours à élaborer par le CGDIS.

Les plans d'intervention des secours déterminent, compte tenu des risques existants, l'organisation générale des secours et recensent l'ensemble des moyens susceptibles d'être mis en œuvre. Les plans d'intervention des secours comprennent les dispositions générales applicables en toute circonstance et des dispositions propres à certains risques particuliers.

**Art. 98.**

En matière de sécurité civile, les dépenses directement imputables aux opérations de secours au sens de l'article 4 sont prises en charge par le CGDIS.

En cas d'événements calamiteux, de catastrophes ou de sinistres, la commune pourvoit, dans le cadre de ses compétences, aux dépenses relatives aux besoins immédiats de sa population.

Dans ces cas, l'État prend à sa charge les dépenses afférentes à l'engagement des moyens publics et privés lorsqu'ils ont été mobilisés par le Gouvernement. Il prend également à sa charge les dépenses relatives à l'intervention de l'ensemble des moyens de secours mobilisés au profit d'un État étranger.

**Art. 99.**

(1) Les associations et organismes de secours ayant la sécurité civile dans leur objet social peuvent être agréés par arrêté ministériel.

Un règlement grand-ducal précise les conditions suivant lesquelles ces associations et organismes de secours peuvent obtenir un agrément du ministre.

Seuls les associations ou organismes agréés peuvent participer aux opérations de secours et aux actions de soutien aux populations en matière de sécurité civile selon les modalités définies dans le règlement grand-ducal prévu à l'article 74.

Sans préjudice des compétences du CGDIS, seuls les associations ou organismes agréés peuvent organiser ou participer à la mise en place des dispositifs de secours dans le cadre de rassemblements de personnes.

(2) Les entreprises et usines publiques et privées peuvent mettre en place des services d'incendie, dont les membres portent respectivement la désignation de pompier d'entreprise et de pompier d'usine s'ils remplissent les conditions à définir dans un règlement grand-ducal.

Des entreprises publiques et privées peuvent mettre en place des équipes de sécurité d'incendie dont les membres remplissent les conditions à définir dans un règlement grand-ducal.

## **Chapitre VIII - L'organisation de la vie associative**

### **Art. 100.**

Pour chaque centre d'incendie et de secours et pour chaque groupe d'intervention spécialisé, il peut être créé une amicale regroupant les pompiers volontaires et professionnels. Les amicales ont comme objet d'organiser la vie associative et l'entraide entre ses membres et d'animer les sections de jeunes pompiers.

### **Art. 101.**

Les membres des amicales prévues à l'article précédent peuvent s'organiser en fédérations territoriales et s'associer à leur organe central qui est la Fédération nationale des pompiers.

La Fédération nationale des pompiers, constituée en association sans but lucratif, regroupe les pompiers qui lui sont affiliés, les fédérations territoriales, qui en sont des organes, ainsi que les amicales qui leur sont affiliées. Elle assure les intérêts de ses membres auprès des pouvoirs et des institutions officiels, publics et privés.

### **Art. 102.**

Les amicales reçoivent de la part du CGDIS des subventions pour l'organisation de la vie associative. Le montant de la subvention est fixé par le conseil d'administration du CGDIS en fonction du nombre de pompiers volontaires et professionnels de chaque amicale.

## **Chapitre IX - Les organes consultatifs**

### **Section 1 - Le Conseil supérieur de la sécurité civil**

#### **Art. 103.**

Il est institué par le ministre un conseil supérieur de la sécurité civile ayant comme mission de donner son avis sur toutes les questions relatives aux missions de sécurité civile.

Le Conseil supérieur peut adresser de sa propre initiative des propositions au ministre en vue de l'organisation et du fonctionnement rationnel et efficace des secours.

Un règlement grand-ducal fixe l'organisation, le fonctionnement et les modalités de nomination, de révocation et d'indemnisation des membres du Conseil supérieur de la sécurité civile qui peuvent également bénéficier du remboursement de leurs frais de route et de séjour.

### **Section 2 - La Commission consultative de prévention d'incendie**

#### **Art. 104.**

Une commission consultative de prévention d'incendie est instituée auprès du CGDIS. Elle donne son avis sur toutes les questions relatives à l'application du concept de prévention d'incendie, toute nouvelle règle à édicter, toutes modifications des règles existantes ou lorsque l'évolution des techniques architecturales ou de construction sont susceptibles de déroger aux règles existantes. Il lui est rendu compte annuellement de l'activité de prévention d'incendie.

Un règlement grand-ducal détermine sa composition et ses modalités de nomination, de révocation, d'organisation et de fonctionnement.

## **Chapitre X - Dispositions pénales**

### **Art. 105.**

L'inobservation des mesures ordonnées en application de l'article 95 est punie d'une peine d'emprisonnement de huit jours à deux ans et d'une amende de 251 à 7 500 euros ou de l'une de ces peines seulement.

**Art. 106.**

Les infractions aux dispositions prévues aux articles 43, alinéa 2 et 49, alinéa 1<sup>er</sup> sont punies d'une amende de 251 à 2 500 euros.

**Art. 107.**

Tout agent du CGDIS qui, après avoir légalement été requis par l'autorité requérante telle que définie à l'article 5, refuse de faire intervenir les unités de secours, est puni d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

**Art. 108.**

En cas de récidive dans le délai de deux ans après une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement pour infraction à la présente loi ou aux règlements et arrêtés pris en son exécution, les peines prévues au présent chapitre peuvent être portées au double du maximum.

**Chapitre XI - Dispositions finales****Section 1 - Dispositions modificatives****Art. 109.**

À l'article 12, paragraphe 2, point 4, alinéa 2 de la loi modifiée du 14 février 1955 concernant la réglementation de la circulation sur toutes les voies publiques, les mots « les volontaires des services de secours » sont remplacés par les mots « les volontaires du Corps grand-ducal d'incendie et de secours et des associations et organismes de secours ayant la sécurité civile dans leur objet social ».

**Art. 110.**

La loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu est modifiée comme suit :

1. l'article 112, alinéa 1<sup>er</sup>, point 1 est complété par le tiret suivant :

« - à l'établissement public « Corps grand-ducal d'incendie et de secours, » ;

2. l'article 150 est complété par les termes

« , le Corps grand-ducal d'incendie et de secours ».

**Art. 111.**

L'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 2, de la loi modifiée du 16 avril 1979 portant réglementation de la grève dans les services de l'État et des établissements publics placés sous le contrôle direct de l'État, les mots « les pompiers professionnels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours, » sont insérés après les mots « aux membres de la Force publique, ».

**Art. 112.**

L'article 8, lettre b) de la loi modifiée du 8 décembre 1981 sur les réquisitions en cas de conflit armé, de crise internationale grave ou de catastrophe est complété *in fine* comme suit :

«6) les membres du Corps grand-ducal d'incendie et de secours, pour des prestations autres que celles prévues dans les lois et règlements régissant ce corps. ».

**Art. 113.**

La loi communale modifiée du 13 décembre 1988 est modifiée comme suit :

1. À l'article 11<sup>ter</sup>, paragraphe 1<sup>er</sup>, il est ajouté un point 7 :

«7. Les membres du comité directeur tels que définis aux articles 20 et suivants de la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile. ».

2. À l'article 11<sup>quater</sup>, il est ajouté un point 3 :

«3. Le chef de zone, le chef de zone adjoint au sein de leur zone d'affectation, le chef de centre ainsi que le chef de centre adjoint au sein de leur commune d'affectation, tels que définis aux articles 78 et 79 de la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile. ».

3. L'article 100 est remplacé par le texte suivant :

« Chaque commune participe au coût de la mise en place et du maintien du service d'incendie et de secours en contribuant au financement de l'établissement public à caractère administratif dénommé « Corps grand-ducal d'incendie et de secours », chargé de la mise en œuvre des services d'incendie et de secours au pays.

Les contributions financières annuelles des communes sont fixées comme suit :

- cinquante pour cent de la contribution de chaque commune sont déterminés en fonction du nombre d'habitants dans la commune, calculé par l'Institut national de la statistique et des études économiques et arrêté au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédant celle pour laquelle la contribution est due ;

- cinquante pour cent de la contribution de chaque commune sont déterminés par le quotient de la part de la commune dans l'ensemble des recettes nationales perçues au profit du Fonds de dotation globale des communes, des participations directes au produit en impôt commercial communal, ainsi que des mesures de compensation éventuelles, déduction faite des participations éventuelles au Fonds pour l'emploi, ces montants se rapportant à l'exercice précédant celui pour lequel la contribution est due.

Respectivement les avances et la participation définitive allouées à chaque commune au titre du Fonds de dotation globale des communes, institué par la loi du 14 décembre 2016 portant création d'un Fonds de dotation globale des communes, sont diminuées de la contribution obligatoire de la commune au financement du Corps grand-ducal d'incendie et de secours. Pour l'exercice 2018, l'avance du deuxième trimestre 2018 comprend également la contribution obligatoire du premier trimestre 2018.

Les modalités d'application des dispositions ci-dessus peuvent être précisées par règlement grand-ducal. ».

4. Les articles 101 et 102 sont abrogés.

#### **Art. 114.**

À l'article 4 de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail, la lettre e) est modifiée comme suit :

« e) la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile ».

#### **Art. 115.**

À l'article 2 de la loi modifiée du 21 décembre 2007 portant création de l'Administration de la navigation aérienne, la lettre i) est remplacée par le texte suivant :

« (i) d'assurer l'intervention en cas d'accident ou d'incident d'aéronef survenu à l'Aéroport de Luxembourg et ses abords immédiats ; ».

**Art. 116.**

La loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État est modifiée comme suit :

1. À l'article 12, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 7, point 8°, les termes « de directeur fonctionnel du Corps grand-ducal d'incendie et de secours, » sont insérés à la suite des termes « d'inspecteur général adjoint de la sécurité dans la Fonction publique, » .
2. À l'article 12, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 7, point 11°, les termes « de directeur général du Corps grand-ducal d'incendie et de secours » sont insérés à la suite des termes « de Haut-Commissaire à la Protection nationale, » .
3. À l'article 22, paragraphe 1<sup>er</sup>, la lettre b) est modifiée comme suit :  
« aux agents du cadre de base des pompiers professionnels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours, tel que défini à l'article 53 de la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile ; ».
4. À l'article 22, paragraphe 2, il est ajouté une lettre c) libellée comme suit :  
«c) aux agents du cadre supérieur et du cadre moyen des pompiers professionnels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours, tels que définis aux articles 51 et 52 de la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile ».
5. À l'article 22, paragraphe 2, il est ajouté une lettre d) libellée comme suit :  
«d) au directeur général, ainsi qu'aux directeurs fonctionnels du Corps grand-ducal d'incendie et de secours ».
6. L'annexe A est complétée au grade 17 par la fonction  
« , directeur général du Corps grand-ducal d'incendie et de secours »  
et au grade 16 par la fonction  
« , directeur fonctionnel du Corps grand-ducal d'incendie et de secours ».

**Section 2 - Dispositions transitoires****Art. 117.**

Par dérogation aux conditions de recrutement, de formation et de nomination aux emplois des membres des cadres des pompiers professionnels du CGDIS fixés par le règlement grand-ducal prévu à l'article 59 de la présente loi, le conseil d'administration peut attribuer aux agents engagés par le CGDIS au cours des trois années suivant l'entrée en vigueur de la présente loi des grades fonctionnels correspondant aux cadres définis aux articles 51 à 53 de la présente loi, sans que ces grades fonctionnels ne confèrent aux agents concernés un droit en ce qui concerne leur statut et leur rémunération.

**Art. 118.**

Par dérogation aux conditions fixées à l'article 55, alinéa 1<sup>er</sup>, les agents visés par l'article 32 qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, bénéficient depuis au moins deux ans d'une désignation à un poste de chef de centre conformément au règlement grand-ducal du 6 mai 2010 déterminant les missions spécifiques, la composition, l'organisation et le fonctionnement de la division de la protection civile de l'Administration des services de secours, ou de chef de corps conformément au règlement grand-ducal du 6 mai 2010 portant organisation de la division d'incendie et de sauvetage de l'Administration des services de secours et des services d'incendie et de sauvetage des communes, peuvent bénéficier d'une nomination dans le groupe ou sous-groupe de traitement prévus à l'article 53, sur base des conditions et modalités définies dans le

règlement grand-ducal prévu à l'article 59, s'ils ont accompli avec succès trois années d'études secondaires ou secondaires techniques ou s'ils présentent une attestation portant sur des études reconnues équivalentes par le ministre ayant l'Éducation nationale dans ses attributions.

**Art. 119.**

Les pompiers volontaires qui sont titulaires d'une nomination dans le cadre des règlements grand-ducaux d'exécution de la loi modifiée du 12 juin 2004 portant création de l'Administration des services de secours au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent être nommés à un des postes prévus aux articles 78, 79 et 90 de la présente loi, à l'exception du chef de zone.

**Art. 120.**

Le conseil d'administration attribue aux pompiers volontaires du CGDIS en service au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi un grade fonctionnel correspondant aux cadres définis à l'article 36. Les modalités et les conditions d'attribution de ces grades fonctionnels sont fixées par le règlement grand-ducal prévu à l'article 34.

**Art. 121.**

(1) Le CGDIS garantit à la Ville de Luxembourg le fonctionnement d'un centre d'incendie et de secours de la catégorie IVbis disposant à tout instant de l'effectif suffisant pour assurer les départs en intervention prévus à l'article 80 pour la couverture des risques de son territoire.

(2) Pour une durée de cinq ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi, aucun membre du personnel du Service d'incendie et d'ambulances de la Ville de Luxembourg et repris par le CGDIS en vertu de l'article 32, paragraphe 2, ne peut être muté à un autre poste que celui qu'il occupait au moment de sa reprise sans le consentement de l'administrateur représentant la Ville de Luxembourg au conseil d'administration du CGDIS, nonobstant les dispositions de l'article 17, alinéa 5. En cas de mutation avec l'accord de l'administrateur représentant la Ville de Luxembourg, l'agent en question doit être remplacé par un agent ayant au moins une qualification équivalente.

(3) Le futur Centre national d'incendie et de secours, appartenant à la Ville de Luxembourg et à l'État sera transféré en pleine propriété au CGDIS après sa mise en exploitation moyennant convention selon les dispositions de l'article 10.

**Art. 122.**

Les dispositions de l'article 84 sub I., paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 3 et paragraphe 2 et sub II., lettre b) de la loi modifiée du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois sont applicables aux agents énumérés aux articles 51 à 53 de la présente loi, ainsi qu'au directeur de la coordination opérationnelle dans la mesure où ils sont visés par l'article 1<sup>er</sup> de la loi précitée du 25 mars 2015.

**Art. 123.**

Les dispositions de l'article 22, paragraphe 2, lettre c) de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État, ainsi que les dispositions de l'article 54, alinéa 2 de la présente loi sont applicables aux fonctionnaires communaux des groupes de traitement A1 et A2 visés par l'article 32, paragraphe 2.

**Art. 124.**

Le soldat volontaire détaché par l'Armée luxembourgeoise à l'Administration des services de secours avant l'entrée en vigueur de la présente loi est admis au stage dans la carrière du pompier professionnel du CGDIS. En complément de l'application des dispositions concernant la période de stage au sens de l'article 55, alinéa 3, la période de détachement auprès de l'Administration des services de secours est prise en compte pour

le calcul de la durée du stage au sens de l'article 2, paragraphe 3 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État.

**Art. 125.**

Les avoirs du Fonds pour la réforme des services de secours, créé par l'article 28 de la loi modifiée du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2015, sont versés au CGDIS lors de la constitution de celui-ci.

**Art. 126.**

Les dispositions de l'article 45, paragraphe 4 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État sont applicables aux fonctionnaires engagés par le CGDIS en exécution de l'article 32, paragraphe 2, sous condition qu'ils bénéficient des échelons 575 ou 594 du grade 16 ou de l'expectation à ces échelons au moment de leur engagement par le CGDIS.

**Section 3 - Disposition abrogatoire****Art. 127.**

La loi modifiée du 12 juin 2004 portant création d'une Administration des services de secours est abrogée.

La dénomination « Administration des services de secours » est à remplacer dans l'ensemble des textes légaux et réglementaires par la dénomination « Corps grand-ducal d'incendie et de secours » .

**Section 4 - Intitulé abrégé et mise en vigueur****Art. 128.**

La référence à la présente loi se fait sous une forme abrégée en recourant à l'intitulé suivant : « loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile ».

**Art. 129.**

La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2018, à l'exception des articles 3, 12 à 18, 86 et 87 qui entrent en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Par dérogation à l'article 14, la proposition des huit premiers membres du conseil d'administration provenant du secteur communal, prévus à l'article 12, alinéa 1<sup>er</sup>, lettres g) et h), est faite par le Syndicat des Villes et Communes Luxembourgeoises, en abrégé SYVICOL. La proposition du SYVICOL doit comprendre au moins un représentant de la Ville de Luxembourg.

Par dérogation à l'article 13, le mandat des administrateurs nommés sur proposition du SYVICOL s'achève, lorsque les représentants du secteur communal ont été déterminés selon la procédure de vote décrite à l'article 14 suite aux élections générales des conseils communaux du 8 octobre 2017.

Durant la phase de transition prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le conseil d'administration prépare le budget de la première année de fonctionnement, ainsi que la mise en œuvre des modalités de gestion du CGDIS, sans s'immiscer, durant cette phase, dans la gestion quotidienne de l'Administration des services de secours, du Service d'incendie et de sauvetage de l'Aéroport de Luxembourg, des services communaux d'incendie et de sauvetage, ainsi que du SAMU.

Pour permettre au conseil d'administration d'exercer ces attributions, la direction de l'Administration des services de secours met à sa disposition l'infrastructure requise et lui fournit le soutien nécessaire en personnel.

Par dérogation à l'article 14 et jusqu'aux élections communales ordinaires de 2023, les délais prévus aux alinéas 5, 6 et 13, exprimés en mois, sont comptés à partir du mois de la publication de la présente loi au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Par dérogation à l'article 86 et jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2018, la coordination organisationnelle et la gestion du service sont assurées par l'Administration des services de secours.

Mandons et ordonnons que la présente loi soit insérée au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg pour être exécutée et observée par tous ceux que la chose concerne.

*Le Ministre de l'Intérieur,*  
**Dan Kersch**

Rome, le 27 mars 2018.  
**Henri**

---

Doc. parl. 6861 ; sess. ord. 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018.

---

